This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

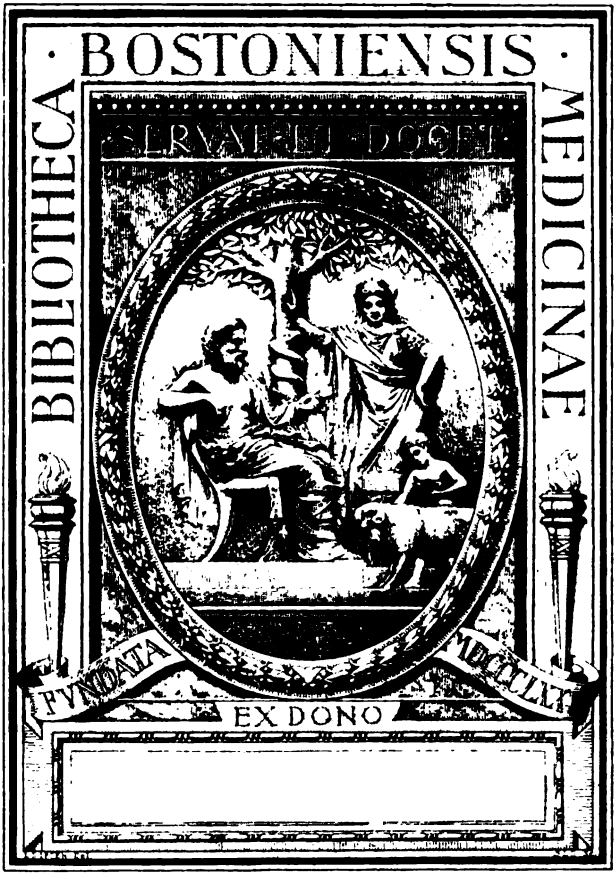
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVATRIX · DOCET
FVNDATA
EX DONO

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT & BOURNEVILLE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

MM. ABADIE (J.), ARNAUD, ARSIMOLES, AUBRY, BABINSKI, BALLET, BARBÉ (A.), BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BONNE, BOURDIN, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUS (P.), CARRIER (G.), CAUDRON, CESTAN, CHARDON, CHARON, CHARPENTIER, CHRISTIAN, COLOLIAN, COULONJOU, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DROMARD, DUBAR, DUBOS, FÉRÉ (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GRASSET, HARTEMBERG, KOUINDJY, KOVALESKY (P.), LADAME, LAGRIFFE, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY, LEVASSORT, LIPINSKA, LUCIEN, MABILLE, MARANDON DE MONTYEL, MARIE (A.), Mlle REINE MAUGERET, MÉUS, MIERZEJEWSKI, MIRALLIÉ, MOURATOFF (W. A.), MUSGRAVE-CLAY, NOICA, PANSIER, PARIS (A.), PELLETIER (M.), PERRIN, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, RAVIART, RAYNEAU, RÉGIS, REGNARD (P.), REGNIER (P.), RENDU (A.), RICHER (P.), RODIET, ROLET (J.), ROTH (W.), SIMON, SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, TCHIRIEW, THULIÉ (H.), TISSOT, URRIOLA, VALLON, VIGOUROUX, VILLARD, VOISIN (J.), VOISIN (R.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE
Secrétaires de la rédaction : J.-B. CHARCOT ET J. NOIR

Deuxième série, tome XXII. — 1906.
Avec 32 figures dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes*

1906

BOSTON MEDICAL
JUL 22 1907
LIBRARY

CATALOGUED
JUL 23 1907
E. H. C.

Vol. XXII. Juillet 1906 N° 127

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUL 22 1907
9415

CLINIQUE MENTALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE : Dr G. DENY

De la folie maniaque-dépressive

Historique, critique et définition.

Messieurs,

Cette nouvelle série de conférences sera consacrée à l'étude des états psychopathiques encore communément désignés sous les noms de *folies intermittentes*, *de psychoses périodiques*, *de folies à double forme*, *alterne*, *circulaire*, etc., états que l'on tend aujourd'hui, à la suite des travaux de l'Ecole allemande, à grouper sous le terme générique de ***folie maniaque-dépressive.***

Je vous entretiendrai d'autant plus volontiers de cette affection que, si elle a pu être individualisée sous le nom qu'elle porte aujourd'hui, c'est à deux anciens médecins de la Salpêtrière qu'elle le doit.

C'est ici même, en effet, dans cette division, qu'il a dirigée pendant plus de 25 ans, de 1841 à 1867, que Jean-Pierre-Falret a décrit pour la première fois la *Folie circulaire*. C'est dans une division voisine, et presque en même temps, que Baillarger a puisé les éléments de son célèbre mémoire sur la *Folie à double forme*.

Les travaux de ces deux auteurs ayant servi de base à la conception actuelle de la *Folie maniaque-dépres-*

sive, je vous demande la permission, avant d'aborder l'étude clinique de cette affection, de vous exposer brièvement les diverses phases de son histoire.

Cette histoire peut se diviser en trois périodes :

La première s'étend depuis les âges les plus reculés de la médecine jusqu'au milieu du siècle dernier ; elle a trait surtout aux rapports réciproques de la manie et de la mélancolie ; on peut l'appeler *période des temps anciens prolongée* ;

La 2e période comprend la seconde moitié du siècle qui vient de finir ; elle correspond à la découverte de la folie circulaire et de la folie à double forme ; c'est *la période française* par excellence, celle où l'Ecole psychiatrique de la Salpêtrière a brillé d'un si vif éclat ;

La 3e période est caractérisée par la synthèse de tous les états habituellement décrits sous les termes de manie et de dépression mélancolique simples, intermittentes, rémittentes, périodiques, de folies alternes, à double forme, circulaires, etc. Née d'hier, puisqu'elle a commencé en 1899, elle peut être désignée à bon droit sous le nom de *période contemporaine*, ou, d'après les travaux qu'elle compte jusqu'ici à son actif, sous celui de *période allemande*.

I. Période ancienne (d'Hippocrate au milieu du XIXe siècle). Je ne m'appesantirai pas sur cette période parce qu'elle n'a, en réalité, que des rapports très éloignés avec l'histoire de la folie maniaque-dépressive et que vous trouverez facilement les renseignements qui la concernent dans tous les Manuels de médecine mentale.

Qu'il vous suffise de savoir que dès la plus haute antiquité, les médecins ont noté non seulement la répétition à des intervalles plus ou moins rapprochés chez les mêmes malades *d'accès de manie* et de *mélancolie*, mais encore l'alternance de ces mêmes accès et aussi

la transformation de la manie en mélancolie et réciproquement (Arétée, Boerhave, Cullen, Willis, etc.).

Pinel et Esquirol n'ont fait à ce point de vue que confirmer les observations de leurs devanciers, et dans la périodicité ou l'alternance des accès de manie et de mélancolie, ils n'ont vu qu'un fait banal, accidentel, une simple particularité de la marche de la folie. Dès cette époque, cependant, plusieurs auteurs, Dubuisson, Fodéré, Anceaume, etc., avaient été frappés de la plus grande gravité, comparée à celle des accès de manie simple, des accès de manie périodique, intermittente ou compliquée de mélancolie.

Un peu plus tard, Guislain en 1833, Griesinger en 1845, insistaient à leur tour sur la fréquence des alternances de la manie avec la mélancolie, mais sans y attacher non plus une importance particulière ; notons seulement que Griesinger comparait déjà au point de vue de sa gravité, la manie périodique à une véritable *épilepsie psychique*, opinion qui a été reprise et développée depuis, comme nous le verrons, par Morel et par quelques auteurs modernes.

Le seul point intéressant à retenir de cette première étape de l'histoire des rapports de la manie et de la mélancolie, c'est que tous les aliénistes, aussi bien ceux dont je viens de vous citer les noms, que ceux dont j'ai volontairement omis de parler, tous sans exception, ont considéré la *manie* et la *mélancolie* comme deux entités distintes, si étroites que fussent, par ailleurs, les relations existantes entre les accès de l'une et ceux de l'autre.

A la vérité, on ne saurait se montrer surpris qu'en présence de deux états en apparence aussi disparates, aussi discordants, que les états maniaques et les états mélancoliques, les anciens manigraphes, y compris ceux de la première moitié du siècle dernier, n'aient pas un seul instant songé à les rapprocher et à les fondre dans une même espèce morbide.

II. Période française (1851-1899). On peut faire commencer cette période avec les leçons publiées en 1851, dans la *Gazette des Hôpitaux*, par Pierre Falret, leçons dans lesquelles cet auteur mentionne à côté des *types intermittents* de la manie « un autre état d'intermittence qui s'observe entre la période d'affaissement et la période d'excitation de la *forme circulaire* des maladies mentales..... ; cette forme consiste, non comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie séparées par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence. Une période d'excitation alterne avec une période d'affaissement, ordinairement plus longue ».

Bien que P. Falret ait assigné dès cette époque quelques caractères particuliers à cette *forme circulaire* et qu'il en ait signalé en particulier l'incurabilité, il ne l'a véritablement décrite comme maladie distincte qu'après la lecture faite par Baillarger à l'Académie de médecine, en 1854, d'un mémoire intitulé : « *Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation* ».

« En rapprochant et comparant un certain nombre d'observations, dit Baillarger dans ce mémoire, on reconnaît qu'il existe des cas assez nombreux dans lesquels il est impossible de considérer isolément et comme deux affections distinctes, l'excitation et la dépression qui se succèdent chez le même malade. Cette succession, en effet, n'a pas lieu au hasard et j'ai pu m'assurer qu'il existe des rapports entre la durée et l'intensité des deux états, qui ne sont évidemment que deux périodes d'un même accès ». La conséquence tirée par Baillarger de cette constatation, « c'est que ces accès n'appartiennent en propre ni à la mélancolie, ni à la manie, mais qu'ils constituent un genre spécial d'aliénation,

caractérisé par l'existence régulière de deux périodes, l'une d'excitation, l'autre de dépression ».

C'est ce genre de folie que Baillarger désigna sous le nom de *folie à double forme*.

Il montra en outre que les accès de cette affection se présentent tantôt à l'*état isolé*, tantôt *se reproduisent d'une manière intermittente* et, dans d'autres cas, peuvent *se succéder sans interruption*.

La communication de Baillarger souleva une réclamation de priorité de la part de Pierre Falret, qui lut à son tour à l'Académie, quelques jours après, un travail ayant pour titre : « Mémoire sur la *folie circulaire*, forme de maladie mentale caractérisée par la *reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide* plus ou moins prolongé. »

Les accès de cette forme se composaient donc de *trois stades* juxtaposés dans l'ordre suivant : un stade *maniaque*, un stade de *dépression* et un *intervalle lucide*.

Cet intervalle lucide que P. Falret, dans ses leçons de 1851, plaçait entre le stade maniaque et le stade mélancolique est, dit-il, généralement plus court que les périodes d'excitation et d'affaissement considérées isolément.

Il résulte clairement de ces textes, qu'entre la folie à double forme de Baillarger et la folie circulaire de P. Falret, la seule différence consistait dans ce fait que ce dernier auteur considérait comme faisant partie intégrante des accès un intervalle lucide que Baillarger en excluait.

Or il est bien évident que cet intervalle lucide n'avait pour P. Falret qu'une importance tout à fait accessoire dans la constitution de l'accès et qu'il ne l'y avait introduit que pour justifier le terme de *folie circulaire*, opposé par lui à celui de folie à double forme. Ce qui prouve l'exactitude de cette interprétation, c'est

la phrase suivante extraite de son mémoire : « Les *deux états dont la succession constitue la folie circulaire*, ne sont ni la manie, ni la mélancolie proprement dites avec leurs caractères habituels : c'est en quelque sorte le fond de ces *deux* espèces de maladie mentale sans leur relief » (1).

En somme, par conséquent, on peut dire que Baillarger et P. Falret ont décrit presque simultanément la même maladie, sous deux noms différents.

Ajoutons toutefois que c'est à P. Falret que revient le mérite d'avoir mis en relief les principaux caractères de cette nouvelle affection, notamment le rôle important dévolu à l'hérédité dans sa production, sa plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme, la gravité de son pronostic, etc., tous caractères qui ont été reconnus exacts par les auteurs qui ont suivi et qui sont encore aujourd'hui universellement admis.

La conclusion capitale qui se dégage de ce débat, c'est que ce sont les travaux de Pierre Falret et de Baillarger qui ont définitivement isolé de la manie et de la mélancolie classiques une nouvelle entité clinique à laquelle ces auteurs ont respectivement donné le nom de *folie circulaire* et de *folie à double forme* ; mais en réalité, il ne s'agissait là, comme on vient de le voir, et comme la suite le démontrera plus encore, que d'une seule maladie pouvant revêtir deux modalités différentes.

Malgré la haute autorité de ses parrains, la nouvelle entité morbide ne fut pas accueillie avec beaucoup d'enthousiasme par les aliénistes de l'époque.

Morel, qui était pourtant l'élève de Pierre Falret, ne voulut pas accorder une place dans sa classification à la folie à double forme ou circulaire : « Je ne puis, dit-il un peu dédaigneusement, en parlant de cette affection, accepter pour des formes distinctes, pour des genres

(1) J. P. Falret.— *In* Leçons cliniques de médecine mentale, 1854, p. 249.

spéciaux, des situations pathologiques qui sont observées dans toutes les variétés de folie en général » (1).

Examinant ensuite comment il convient d'interpréter les périodes d'alternance, d'intermittence et de rémission chez les aliénés, Morel déclare qu'il n'y a là aucune des conditions requises pour la création d'un genre spécial, d'une variété particulière de folie ; et suivant encore une fois les mêmes errements qui l'avaient déjà empêché de considérer la démence précoce comme une entité distincte, il fit rentrer les phénomènes d'alternance, de périodicité et d'intermittence dans la première classe de ses *Aliénations héréditaires*.

Dagonet, en 1862 et plus tard en 1876, observa la même attitude que Morel et n'accorda qu'une brève mention à la folie à double forme dans son Traité des maladies mentales, sans lui donner davantage droit de cité dans sa classification.

Mieux inspiré, Marcé lui fit, la même année, meilleur accueil et mit d'accord Pierre Falret et Baillarger en proposant de n'appliquer le nom de folie à double forme qu'aux accès de manie-mélancolie qui sont séparés par un intervalle nettement accusé, et de réserver celui de folie circulaire aux mêmes accès lorsqu'ils se succèdent sans interruption.

Cette subdivision fut généralement acceptée et se trouve encore aujourd'hui reproduite dans la plupart des traités de médecine mentale.

Malgré cela, la légitimité de la nouvelle entité psychiatrique ne fut réellement consacrée qu'à la suite d'abord des articles que rédigèrent séparément Foville fils en 1872, Ritti en 1878, dans les deux dictionnaires de médecine, ensuite du mémoire que fit paraître à la même époque Jules Falret *sur la folie circulaire* ou *folie à formes alternes*, et enfin, après la publication, en 1882, de la monographie, aujourd'hui classique, de Ritti sur la *folie à double forme*.

(1) MOREL. — *Traité des maladies mentales*, 1868, p. 477.

A partir de cette époque, tous les aliénistes français : Magnan et Cullerre en 1890, Régis en 1892, Gilbert Ballet en 1894, etc., s'accordèrent pour ranger la folie circulaire ou à double forme, à côté de la manie et de la mélancolie récidivantes dans un groupe spécial, celui des *psychoses périodiques* ou *intermittentes*.

A l'étranger, surtout en Allemagne, la plupart, des auteurs s'étaient déjà ralliés aux idées défendues en France par P. Falret et Baillarger.

Un des premiers, Griesinger insista sur la fréquence de la transformation de la mélancolie en manie, et le retour de celle-ci à la mélancolie. « La maladie, dans sa totalité, représente alors, dit cet auteur, un cercle morbide dans lequel ces deux formes mentales alternent souvent d'une façon régulière (c'est la folie circulaire sur laquelle les Français ont discuté il y a quelques années). D'autres observateurs et je suis du nombre, ont vu des cas ou régulièrement à une saison, par exemple en hiver, il survient une profonde mélancolie puis, au printemps, celle-ci fait place à la manie qui, à son tour, en automne, dégénère peu à peu en mélancolie » (1).

L. Meyer, en 1874, cherche à établir que la folie à double forme est due à des troubles trophiques. L. Kirn, en 1878, range la folie circulaire parmi les psychoses périodiques. Son exemple est suivi par Kraft-Ebing, par Schule, etc.

Cette opinion est également adoptée par Krœpelin qui, dans la 4e édition de son Traité de Psychiatrie, parue en 1893, classe dans les *maladies constitutionnelles incurables à marche chronique*, à côté de la *folie systématisée*, les *folies périodiques* dont il distingue quatre groupes : les formes *délirantes*, les formes *maniaques*, les formes *circulaires* et les formes *dépressives*.

Sauf quelques légères variantes de terminologie, ce

(1) GRIESINGER. — *Traité des maladies mentales*, 1873 p. 275.

classement, comme on le voit, est tout à fait comparable à celui qui avait cours à la même époque dans la psychiatrie française. Il a pris fin en 1899, époque où commence la 3e période.

III. Période allemande (1899-1906). — C'est en 1899 que Krœpelin proposa, dans la 6e édition de son Traité de Psychiatrie, une nouvelle classification des maladies mentales, complètement différente de celle qui avait paru dans les éditions précédentes.

Je vous ai déjà signalé, l'année dernière, les principaux avantages de cette classification qui permet de réunir et de grouper en un certain nombre d'espèces nosologiques bien définies, dont l'évolution peut être annoncée et prédite à l'avance, la plupart des états syndromiques, considérés jusqu'alors comme de véritables entités. Je ne retiendrai donc aujourd'hui que les changements apportés par le professeur de Munich à sa conception du groupe des psychoses périodiques.

Krœpelin observa tout d'abord, comme l'avaient déjà fait Morel et Magnan, que la *répétition* plus ou moins régulière ou l'*alternance* des accès de manie et de mélancolie n'étaient pas des caractères assez importants pour constituer des espèces distinctes.

Il montra, en outre, que les psychoses dites intermittentes, périodiques, circulaires, à double forme, alternes, etc., présentant toutes la même évolution, il était plus logique de considérer tous ces états comme les manifestations, les équivalents d'une seule maladie fondamentale, à laquelle il donna le nom de *folie maniaque-dépressive*.

Se basant ensuite sur le fait que, malgré le très grand nombre de psychoses dont il avait suivi l'évolution, il n'avait jamais observé un seul cas de manie qui n'ait été suivi de récidive, et tenant compte de cet autre fait que les cas de manie étiquetés *simples* par les auteurs sont et *seront toujours impossibles* à distinguer des cas de manie récidivante ou intermittente, Krœ-

pelin émit l'opinion que la manie classique, la manie de Pinel et d'Esquirol, qui avait, du reste, été déjà frappée d'ostracisme par les deux Falret et par Morel, devait être définitivement exclue du cadre des maladies mentales, comme forme clinique indépendante, et que tous les états d'excitation décrits sous ce nom relevaient de la folie maniaque-dépressive.

Krœpelin fit remarquer enfin que, parmi les états *dépressifs* dits mélancoliques, il convenait de décrire à part ceux qui, survenant à la période d'involution et dans la sénilité, ont d'*autres causes*, d'*autres symptômes* et une *autre terminaison* que ceux qui se montrent aux autres phases de la vie.

Les premiers seuls constituent un groupe à part : celui de la *mélancolie d'involution sénile* ou *présénile*. Quant aux états dépressifs de la jeunesse ou de l'âge mûr, qui toujours récidivent ou alternent avec des états d'excitation, ils doivent être rattachés à la folie maniaque-dépressive, quand ils ne sont pas symptomatiques de la démence précoce.

Telles sont les principales considérations qui ont conduit Krœpelin à réunir et à grouper sous une seule étiquette, les états psychopathiques considérés avant lui comme autant d'espèces morbides.

A la vérité, Magnan avait déjà fait remarquer en 1890, au Congrès de médecine de Berlin, que les distinctions établies par les auteurs entre les folies intermittentes, les folies alternes, les folies circulaires, etc., reposaient « sur des caractères assurément très apparents, très saillants, mais néanmoins secondaires et limités à une phase épisodique de la maladie (1) ». Aussi cet auteur proposa-t-il de conserver seulement la dénomination — du reste impropre — de *folies intermittentes* ; mais il écarta délibérément de ce groupe, en se basant sur de

(1) MAGNAN.— Recherches sur les centres nerveux, 2e série, 1893, p. 499.

chimériques différences, une *excitation maniaque* et une *dépression mélancolique dégénératives* en même temps qu'une *manie* et une *mélancolie simples*.

Comme nous l'avons vu, c'est Krœpelin qui, quelques années plus tard, devait compléter l'essai de reconstitution tenté par Magnan.

Bien qu'elle soit certainement appelée à jouer en psychiatrie un rôle non moins considérable que celle de la démence précoce, la synthèse de la folie maniaque-dépressive n'a eu jusqu'ici que peu de retentissement en France.

Sérieux a pourtant pris le soin, dans une série de publications du plus haut intérêt et dont on ne saurait trop le louer, de mettre en valeur la nouvelle classification des maladies mentales du professeur de Munich, mais jusqu'à présent son appel n'a guère été entendu que par son élève Rogues de Fursac, dont le Manuel de Psychiatrie, rédigé presque entièrement d'après les idées allemandes, contient une description très exacte de la folie maniaque-dépressive.

Les autres auteurs, ou gardent le silence sur la nouvelle entité psychiatrique, ou n'en parlent que pour la condamner.

C'est ainsi que Régis, dans la 3e édition de son *Précis de psychiatrie* se borne à déclarer, au chapitre de la « manie-mélancolie », qu'il ne croit pas « que les nouvelles théories de Krœpelin aient apporté quelque changement à la physionomie clinique de la maladie ».

Gilbert Ballet, dans le Xe volume du *Traité de médecine* qui vient de paraître, n'a pas été moins sévère : « Dans ces derniers temps, dit cet auteur, Krœpelin a singulièrement étendu le domaine de la folie périodique, en y comprenant tous les cas communément décrits sous les noms de « manie simple » et tous les états mélancoliques qui ne sont pas des mélancolies d'involution.... « Cette théorie unitaire peut sembler sédui-

sante au premier abord ; cependant, elle nous paraît trop absolue et partant inadmissible ».

Pour Gilbert Ballet, la distinction entre la manie et la mélancolie simples d'une part, la manie et la mélancolie périodiques ou intermittentes de l'autre, serait justifiée par l'intensité plus grande des symptômes de la manie et de la mélancolie simples, dont les accès seraient en outre précédés de quelques prodromes et provoqués par une cause physique ou morale facilement appréciable (chagrins, surmenage, maladies infectieuses, etc).

Les accès de manie et de mélancolie périodiques, au contraire, éclateraient en général brusquement, sans cause occasionnelle bien nette et conserveraient toujours des allures modérées.

La valeur de ces prétendus caractères différentiels, déjà énoncés autrefois par Magnan, sera discutée ultérieurement, mais d'ores et déjà ils ne sauraient être acceptés sans réserves, Gilbert Ballet lui-même ayant pris la précaution de nous dire, dans un autre passage de son chapitre sur les psychoses périodiques « qu'à quelques particularités près, la manie et la mélancolie intermittentes ne diffèrent ni de la manie et de la mélancolie simples, ni de la manie et de la mélancolie dégénératives » (1). On est d'autant plus tenté de se rallier à cette dernière manière de voir que, dans l'ouvrage cité plus haut, Régis n'hésite pas à déclarer que la *manie* et la *mélancolie cycliques*, la *manie* et la *mélancolie intermittentes*, etc., ne sont pas des états spéciaux et qu'elles ne diffèrent en rien de la *manie* et de la *mélancolie simples*. Et pour qu'il ne reste aucun doute sur sa pensée, Régis ajoute : « Il n'y a donc pas lieu de décrire à la folie à double forme une symptomatologie spéciale ; il suffit d'indiquer que l'accès qui la compose est constitué par une période de manie et une période

(1) Gilbert Ballet.— In *Traité de médecine*, 2e édition, Xe volume. p. 893.

de mélancolie, pour en connaître d'avance les symptômes » (1).

Ce qui augmente singulièrement la valeur de cette affirmation, c'est que Régis n'est pas seulement un clinicien émérite, mais un esprit pondéré qui n'a accueilli jusqu'ici qu'assez froidement les spéculations de la psychiatrie allemande. Ce n'est donc pas à la légère qu'il s'est rallié sur ce point aux idées déjà exprimées, à la suite de Krœpelin, par quelques auteurs étrangers tels qu'Erp Taalman (de Dordrecht), Otto Hinrichinsen (de Zurich), Weygandt (de Wurzbourg), Thomsen (de Bonn), Claüs (de Bruxelles), etc.

Le premier de ces auteurs a constaté que, sur 107 cas diagnostiqués *manie*, l'évolution de l'affection ne permit de maintenir ce diagnostic que 4 fois.

Otto-Hinrichinsen a également remarqué que la proportion des guérisons dans les cas de manie datant de plus de 20 ans n'était que de 4,7 °/₀.

Weygandt est encore plus catégorique : « On établit souvent, dit cet auteur, une distinction entre la manie simple et la manie périodique, comme entre la dépression simple et la dépression périodique. De même, on distingue les cas dans lesquels il existe une alternance régulière des états de dépression et d'agitation, c'est-à-dire la folie circulaire. Mais comme il n'est pas possible de reconnaître, d'après l'examen des diverses formes isolées de ces états, si l'on se trouve en présence d'une manie ou d'une dépression simples, ou bien d'une manie ou d'une dépression circulaires ; comme d'autre part, la nature congénitale et héréditaire de ces différents types morbides permet de les ramener à un grand groupe unique, il est préférable de les comprendre avec Krœpelin sous une seule rubrique (2).... »

Thomsen se refuse également à considérer la manie simple comme une entité morbide : cet auteur va

(1) Régis. — *In* Précis de psychiatrie 1906 p. 269.
(2) Weygandt-Roubinovitch. — *Atlas manuel de Psychiatrie*, p. 306.

même plus loin et met en doute l'existence de la manie périodique, au moins à l'état de pureté, parce qu'elle est toujours suivie, d'après lui, d'une phase de dépression plus ou moins accentuée (1). La manie périodique se confondrait donc avec la folie à double forme, opinion qui avait, du reste, été déjà formulée par Griesinger, et qui, comme on le verra plus loin, mérite d'être prise en considération.

En Belgique, Claüs nous apprend qu'il s'est livré à une enquête au sujet de tous les cas de manie et de mélancolie qu'il avait inscrits comme tels à leur entrée à l'asile.... « Or, dit cet auteur, je dois déclarer que le résultat de cette enquête a été désastreux pour la manie et la mélancolie..... Les cas de manie et de mélancolie pures sont rares » (2).

De tous ces faits on peut conclure que la limite tracée par les anciens auteurs, entre la manie et la mélancolie simples d'une part, la manie et la mélancolie périodiques d'autre part, est purement conventionnelle ; et que Krœpelin a eu raison de ranger la manie et la dépression simples dans l'ancien groupe des psychoses périodiques, devenu aujourd'hui celui de la *folie maniaque-dépressive*.

Mais cette première question résolue, il nous faut encore essayer de justifier le terme un peu rébarbatif de folie maniaque-dépressive.

On ne manquera pas, en effet, de nous objecter que, même s'il était démontré que tous les états d'excitation et de dépression sont suivis de récidives plus ou moins nombreuses, et présentent, en même temps que la même évolution, la même symptomatologie, il n'y aurait qu'à rayer des classifications les rubriques de manie et de mélancolie, en maintenant celles de psy-

(1) Thomsen. — Congrès des médecins aliénistes, session de Bruxelles, 2e volume, p. 69.

(2) Claus. — *Catatonie et stupeur*, Rapport au Congrès des aliénistes. Bruxelles, 1903, p. 49.

choses périodiques ou de folies intermittentes généralement usitées aujourd'hui. Nous n'y contredisons pas.

On comprend, en effet, à la rigueur, que l'on désigne sous le nom de folie maniaque-dépressive les accès de folie à double forme ou de folie circulaire, puisque chacun de ces accès se compose en réalité de deux phases : une phase d'excitation et une phase de dépression ; — mais il semble, au premier abord, que cette expression soit impropre pour désigner les formes intermittentes ou périodiques qu'on distingue généralement en maniaques et mélancoliques.

Nous ferons remarquer en premier lieu que, de l'avis de tous les auteurs, les cas de manie périodique ou de mélancolie périodique pures ou sans mélange sont tout à fait exceptionnels. Le plus souvent on observe deux, trois ou quatre accès de manie, puis un beau jour, au lieu de l'accès d'excitation attendu, on se trouve en présence d'un accès de dépression ; on dit alors qu'il s'agit d'une manie intermittente à type irrégulier (Arnaud).

Inversement, chez d'autres sujets, on voit la série des accès de mélancolie être interrompus de temps en temps par un accès d'excitation (mélancolie intermittente à type irrégulier des auteurs français).

Par conséquent, en envisageant non plus chaque accès isolément, mais l'ensemble des accès observés pendant toute la vie du malade, on est déjà en droit de dire que ces accès appartiennent au tableau de la folie maniaque-dépressive, puisque les uns sont à forme maniaque, les autres à forme dépressive. Mais il y a plus, et comme l'avait déjà fait observer Griesinger, et à sa suite différents auteurs, on peut affirmer que tous les accès prétendus d'excitation ou de dépression sont en réalité des accès à double forme *frustes* dans lesquels l'une des phases morbides reste méconnue de l'entourage et même du médecin parce qu'elle est trop effacée, surtout si on la compare à l'autre.

En d'autres termes, les accès de manie intermittente sont en réalité des accès maniaco-mélancoliques, mais à *prépondérance maniaque* ; et les accès de mélancolie intermittente, des accès dépressivo-maniaques à *prépondérance dépressive*.

« Une observation attentive des malades, dit à ce sujet Rogues de Fursac, montre que la plupart des accès présentant le type maniaque ou le type dépressif sont, en réalité, des accès à double forme. Il est à peu près constant, en effet, d'apprendre par une enquête soigneuse que les symptômes d'excitation maniaque ont été précédés d'une période prodromique caractérisée par une dépression plus ou moins accentuée ou de constater à la suite d'un accès de dépression, un accès d'excitation que rien ne justifie...

« Tout accès de manie ou de mélancolie contient donc en germe les éléments de l'excitation et de la dépression. L'accès de folie circulaire devient ainsi le prototype dont dérivent tous les autres (1). »

Afranio Peixoto soutient la même opinion. « Les prétendues manies et mélancolies périodiques, dit cet auteur, sont des types d'accès maniaques-dépressifs communs, à prédominance de manie ou de mélancolie.... L'observation montre, en effet, que les accès maniaques et les accès mélancoliques, comme on les appelle couramment, sont des crises d'excitation mêlées de phénomènes dépressifs et *vice versâ* : les uns et les autres sont, par conséquent, des accès à prédominance maniaque ou à prédominance dépressive » (2).

La dénomination de folie maniaque-dépressive est donc encore, à ce nouveau point de vue, parfaitement légitime. Elle est également à l'abri de la critique dans les cas de folie à formes alternes (Delaye, Legrand du Saulle), dans laquelle les accès maniaques alternent régulièrement avec les accès mélancoliques.

(1) Rogues de Fursac. — Manuel de Psychiatrie, 1903, p. 266.
(2) Afr Peixoto. — In *Ann. méd. psychologiques*, 1905 p. 214.

Il suffit, du reste, de se rappeler que la maladie ne crée rien, qu'elle ne fait qu'exagérer des dispositions naturelles pour reconnaître que les choses doivent se passer comme nous venons de les exposer. On ne saurait nier, en effet, que l'excitation du maniaque et la dépression du mélancolique existent à l'état d'ébauche chez tous les sujets.

Comme l'a très finement fait observer Gilbert Ballet : « Le monde est plein de circulaires qu'on tient pour de simples lunatiques parce qu'on les trouve tantôt plus indifférents aux choses du monde et plus tristes qu'il ne convient, tantôt plus exubérants et plus entreprenants que de raison.

« Je me suis même demandé quelquefois, et je ne vous livre cette téméraire hypothèse que pour ce qu'elle vaut, si la circularité n'était pas une loi du fonctionnement de notre système nerveux, si nous n'étions pas tous, à quelque degré, des circulaires, et si l'état pathologique qui constitue la folie périodique dans sa forme la plus caractéristique, n'était pas simplement le grossissement et l'énorme amplification d'une manière d'être qui nous est à tous habituelle (1). »

L'hypothèse de Gilbert Ballet est certainement fondée. Il n'est pas possible, en effet, de mettre en doute que la *périodicité* ne soit une véritable loi des fonctions psychiques comme des fonctions somatiques. Il serait facile d'en fournir de nombreux exemples : veille et sommeil, fonctions digestives, rythmes respiratoire, cardiaque, etc... Ne voit-on pas d'ailleurs, chez toutes les personnes, pour peu qu'elles soient un peu émotives, des périodes de gaieté faire place à des périodes de dépression sinon de tristesse et inversement ?

On pourrait faire valoir encore d'autres arguments pour la justification du terme de manie-dépressive, mais comme ces arguments trouveront leur développement

(1) G. Ballet. — La Mélancolie intermittente, in *Presse Médicale*, 1902, p. 462.

naturel ultérieurement, je me borne à les signaler : c'est d'abord l'existence *d'états maniaques-dépressifs mixtes* entrevus autrefois par Guislain, mais décrits pour la première fois par Krœpelin, états dans lesquels *les phénomènes d'excitation et de dépression coexistent, se mêlangent et s'enchevêtrent*, au lieu de *se succéder* comme dans la folie à double forme ; c'est ensuite ce fait, corollaire du précédent, mais capital dans l'espèce, que malgré des apparences opposées, les *phénomènes d'excitation et de dépression ont la même origine et reconnaissent le même mécanisme psycho-pathologique*.

Mais en laissant de côté ces deux derniers arguments sur lesquels nous reviendrons, on peut déjà conclure des considérations précédentes, que l'expression de folie maniaque-dépressive est doublement légitime puisque *l'association de l'excitation à la dépression* est vraie non seulement pour l'ensemble des accès qui constituent cette psychose, mais encore pour chacun de ses accès envisagé isolément.

Ce qu'il importe, en outre, que vous reteniez de cet exposé un peu aride, c'est que *tous les états d'excitation et de dépression* (réserve faite de ceux de ces derniers qui appartiennent à la mélancolie d'involution), états qui sont encore décrits séparément sous les rubriques de *manie* et de *mélancolie simples*, *intermittentes* ou *périodiques*, de *folies à double forme*, *circulaires*, etc., doivent être considérés désormais comme des manifestations d'une seule et même maladie fondamentale, la *folie maniaque-dépressive*, qui comporte seulement trois groupes d'états différents, reliés, il est vrai, entre eux, par de nombreuses formes intermédiaires : des *états maniaques*, des *états dépressifs* et des *états mixtes*.

Dès maintenant, cette affection peut être définie : *une psychose constitutionnelle*, *essentiellement héréditaire*, caractérisée par la *répétition*, *l'alternance*, la

juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et de dépression.

Ainsi que l'indique cette définition, la folie maniaque-dépressive n'est encore différenciée que par sa symptomatologie et son évolution ; il est impossible actuellement de lui assigner une étiologie spéciale et de la rattacher à des lésions anatomiques. Elle constitue donc une simple *entité clinique*, dont la place naturelle est à côté de la *folie systématisée chronique*, dans le groupe des *psychoses constitutionnelles*, comme la place naturelle de la *démence précoce* semble être à côté de la *paralysie générale*, dans le groupe des *psychoses accidentelles*.

THÉRAPEUTIQUE

Crampe des écrivains guérie par la ligature élastique ;

Par P. HARTENBERG.

J'ai appliqué systématiquement la méthode de la ligature élastique, préconisée par Bier contre les arthrites, dans toute une catégorie de désordres musculaires tels que contractures, spasmes, crampes, etc. Il ne m'est pas possible encore de tirer de mes observations des conclusions générales, mais dès maintenant, je tiens à proclamer l'excellence de la méthode et, à titre d'exemple, je rapporte un cas de crampe des écrivains où elle m'a procuré un résultat remarquable.

*
* *

Je fus consulté en septembre 1905 par un homme, âgé de 37 ans, employé de commerce, qui me déclara

être atteint depuis 15 années d'un trouble de l'écriture, qu'un neurologiste diagnostiqua crampe des écrivains. En effet, dès que le malade veut écrire, il est pris d'une raideur des doigts qui l'empêche de former les lettres. Plus particulièrement difficiles à tracer sont : les lettres bouclées et longues, telles que f, g, l, h ; les let-

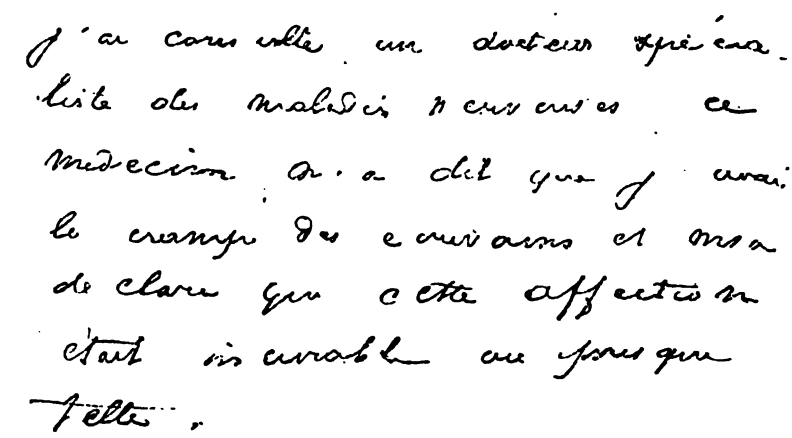

éprouvait depuis des années des difficultés pour écrire, frappé d'une tremblement et en outre d'une raideur dans la main droite et j'ai consulté un docteur spécialiste des maladies nerveuses ce médecin m'a dit que j'avais la crampe des écrivains et m'a déclaré que cette affection était incurable au moins quant à celle.

Fig. 1.

tres arrondies, telles que m, n, qui sont formées comme des u ; enfin les traits de liaison entre deux lettres, de sorte qu'il existe souvent plusieurs interruptions dans le même mot. Cette raideur est d'intensité variable, suivant les jours, mais toujours moins marquée le soir que le matin. Elle s'exagère par les émotions, et quand

le malade est fortement troublé, l'écriture est absolument impossible. A ces phénomènes spasmodiques, se joint un léger tremblement nerveux, qui s'amplifie également sous l'influence des émotions.

Tels sont les troubles dont le malade souffre depuis 15 années, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Quant au reste, l'état général est satisfaisant, le sujet est grand, fort, bien portant, quoique nerveux et impressionnable.

Tous les traitements essayés jusqu'à ce jour ont abouti à des insuccès. Il y a douze ans, une cure de galvanisation procura une amélioration passagère, suivie d'une rechute. Un autre médecin prescrivit une abstention absolue d'écrire pendant 6 mois et l'ingestion de strychnine, en ne promettant qu'un résultat incertain. Plus récemment enfin, un confrère consulté déclara l'affection incurable ou presque telle. Voici un spécimen de l'écriture au moment où je fus moi-même consulté (*Fig. 1.*)

*
* *

Je conseillai le traitement par la ligature élastique d'autant plus volontiers que le malade, habitant la province, ne pouvait se soumettre à une intervention directe et prolongée de ma part. Sans rien changer aux habitudes de vie et de travail, ce traitement consiste exclusivement à nouer autour du bras, au-dessus du biceps, un tube de caoutchouc laissé en place durant vingt minutes, matin et soir. Les effets de cette constriction, et en particulier la stase veineuse qu'elle provoque, sont trop connus pour que j'y insiste. Les résultats thérapeutiques seuls nous intéressent ici. Ils furent remarquables. En effet, au bout de quinze jours de traitement déjà, le malade m'écrivait la lettre suivante, qui permet d'apprécier l'amélioration obtenue (*Fig. 2.*)

Je n'eus plus de nouvelles, quand deux mois plus tard, je reçus une seconde lettre m'annonçant la guéri-

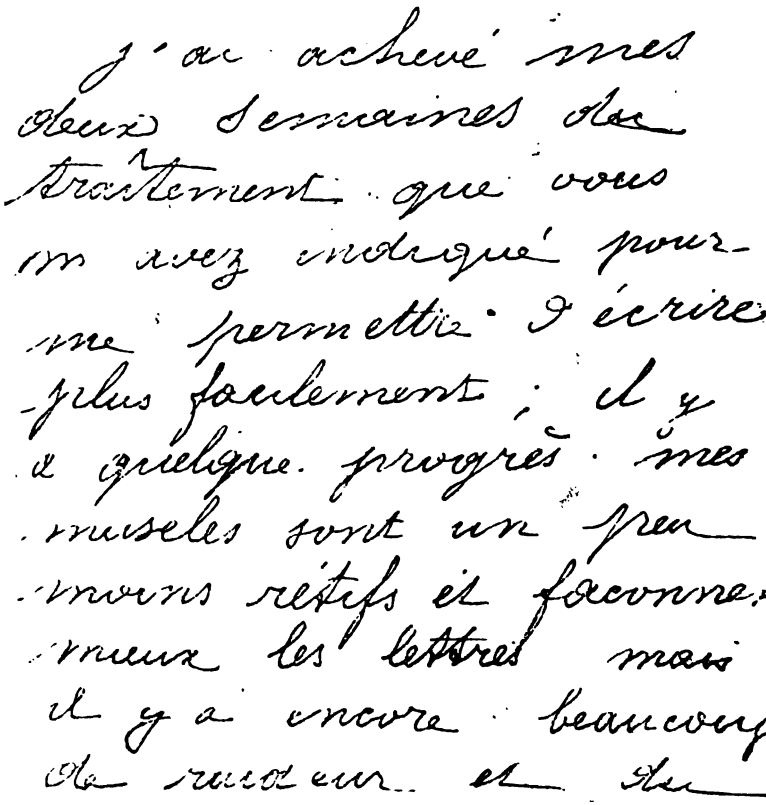

j'ai achevé mes
deux semaines de
traitement que vous
m'avez indiqué pour-
me permettre d'écrire
plus facilement ; il y
a quelque progrès. mes
muscles sont un peu
moins rétifs et façonnent
mieux les lettres mais
il y a encore beaucoup
de raideur et de

Fig. 2.

son presque complète, ainsi qu'en témoigne le fac-simile ci-joint (*Fig. 3.*)

*
* *

Je n'ai rien à ajouter à cette preuve positive, plus éloquente que tous les discours. Je veux seulement

faire remarquer que, dans le cas actuel, le mérite du succès obtenu doit bien revenir à la seule ligature élastique, puis qu'aucun autre traitement n'a été suivi concurremment, et en particulier, que l'action de la suggestion médicale doit être écartée, puisque je n'ai vu

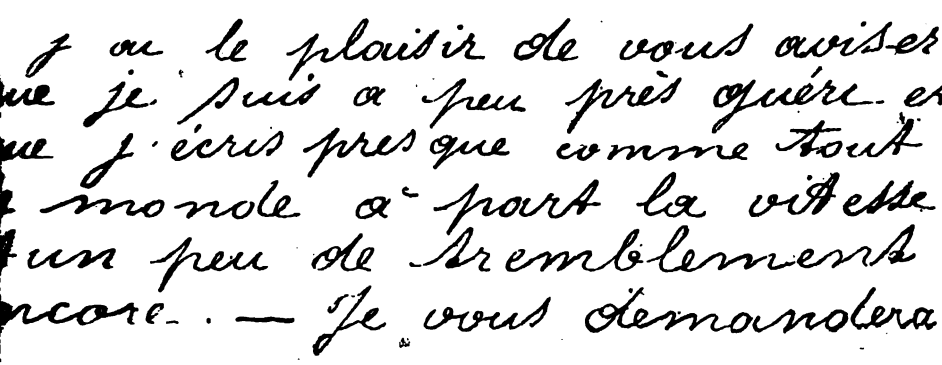

j'ai le plaisir de vous aviser
que je suis à peu près guéri et
que j'écris presque comme tout
le monde à part la vitesse
un peu de tremblement
encore. — Je vous demanderai

Fig. 3.

le malade qu'une seule fois et que, durant toute la cure, il est resté soustrait à mon influence.

Je publierai ultérieurement d'autres résultats de cette méthode, simple, pratique, efficace, inoffensive, à la portée de tous les praticiens et de tous les malades.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **La ponction lombaire en médecine mentale** ; par le Dr Deroubaix. (*Bull. de la Soc. de méd. de Belgique*, février 1905.)

Il résulte de ce travail que la pression du liquide céphalo-rachidien est généralement augmentée dans les états d'irritation, dans les paralysies générales et chez les épileptiques. C'est dans la paralysie générale que le liquide céphalo-rachidien se montre le plus riche en albumine. Jamais on n'a trouvé 1 gr. d'albumine

pour mille dans les autres psychoses, tandis que c'est presque la règle et au-delà dans la paralysie générale.

Constante également chez les paralytiques généraux, la lymphocytose n'a jamais été constatée chez les épileptiques, les déments précoces, les confus. Il y aurait donc de la lymphocytose dans les cérébropathies interstitielles ou mésenchymateuses et il n'y en aurait pas dans les cérébropathies uniquement parenchymateuses. G. DENY.

II. — **Les convulsivants dans l'épilepsie**; par M. F. DEVAY. (*Lyon médical*, 8 avril 1906, p. 718.)

Pour M. Devay, les états convulsifs ne seraient que des phénomènes de rappel de scléroses cérébrales, ne se traduisant cliniquement par aucun symptôme. Dans ces états, on a cherché, le Prof. Pierret entre autres, à régulariser l'écoulement de la force nerveuse, de la canaliser. Pour obtenir ce résultat, il s'est adressé aux médicaments convulsivants, la belladone, l'atropine, la picro-toxine. L'auteur, qui s'est occupé de la question et a fait des recherches expérimentales à ce sujet, pense que l'indication générale de la médication convulsivante est de favoriser la décharge brusque, chez les épileptiques à crises rares mais à équivalents psychiques.

Elle sera donc indiquée chez ceux qui présentent des malaises sensoriels et psychiques, dans les formes d'épilepsie déterminant des troubles du caractère et de la conscience, sans crises convulsives. Tels sont : le petit mal comitial, les colères, les accès de mauvaise humeur, de tristesse, les états crépusculaires comme l'automatisme ambulatoire, l'absorption irrésistible de boissons alcooliques, les crises de somnambulisme épileptique — les délires transitoires parmi lesquels l'auteur range les accès de folie périodique.

Le médicament qu'il emploie le plus souvent est l'extrait de belladone à doses lentement et progressivement croissantes ; il a pu ainsi arriver à faire prendre jusqu'à 25 centigrammes par jour de cette substance pour obtenir l'effet convulsivant. On observe, avant d'arriver à cette forte dose, une modification dans les états crépusculaires de la conscience. La médication convulsive a donc des indications causales certaines, de même que la médication bromurée a son utilité incontestable. G. CARRIER.

III. — **Spina bifida occulta : intervention** ; M. VALLAS. (*Soc. de chirurgie de Lyon*, 1er février 1906. *Lyon méd.* 2 avril, 1906.)

Observation de spina bifida occulta chez une jeune fille de 21 ans.

Au niveau du membre inférieur droit, il existait un équinisme

très marqué. Le pied était gros, trapu, raccourci ; la voûte plantaire excavée. Sur la plante, on voyait, au niveau de la racine du 3e et 4e orteil une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 francs et affectant tous les caractères d'un mal perforant plantaire.

Au niveau de la région lombo-sacrée, cicatrice médiane, ombiliquée à son centre et pourvue de quelques poils à la périphérie. La pression était douloureuse à ce niveau, mais sans irradiation. Par la radiographie on put affirmer qu'il manquait au moins deux arcs vertébraux. Pas d'autre malformation congénitale. On ne trouva jamais la moindre trace de systématisation.

Du côté de la motricité : contracture des extenseurs du pied, plus marquée à droite qu'à gauche. Le réflexe rotulien était exagéré à droite, diminué à gauche. Le réflexe plantaire était diminué du côté droit.

Pas de troubles de la sensibilité, sauf au niveau du pied droit où on constatait une abolition complète de la sensibilité à la chaleur.

Pas de troubles sphinctériens.

Atrophie très légère des muscles du membre inférieur droit.

Intervention : Libération du sac méningien, cette libération provoqua des mouvements convulsifs dans les membres inférieurs.

Autoplastie : fermeture du canal médullaire par trois plans de suture. Les suites furent bonnes.

Les fonctions médullaires furent d'abord assez troublées, incontinence d'urine pendant une quinzaine de jours, la menstruation fut avancée de quinze jours. Tous les désordres disparurent au bout de quinze jours. L'altération plantaire était presque complétement cicatrisée et amélioration dans la perception des sensations thermiques. Ténotomie du tendon d'Achille pour donner au pied droit un meilleur point d'appui. Persistance des modifications de la sensibilité. Cicatrisation de l'ulcération plantaire. La malade marche depuis trois semaines, sans présenter aucune nouvelle ulcération. G. C.

IV. — **Note sur les bons effets de la greffe thyroïdienne (méthode de Cristiani) chez un enfant arriéré par défaut de développement de la glande thyroïde**, par les Drs Gautier et Kummer. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1905, no 6.)

Il s'agit d'une fillette de 3 ans dont le développement physique et mental était notablement retardé pour son âge, mais qui ne présentait pas de myxœdème, bien que la palpation du cou ne permît de sentir aucune trace de corps thyroïde. L'opothérapie thyroïdienne n'ayant pu être supportée on inséra sous la peau de l'aisselle, d'après le procédé de

Cristiani, quatre petits fragments de tissu thyroïdien, reconnu normal au microscope, provenant d'une jeune fille de 18 ans, à laquelle on enleva un goitre. Deux de ces fragments furent pris à la surface du goitre, les deux autres sur le lobe sain laissé en place.

A la suite de cette opération, l'enfant s'améliora très rapidement au point de vue physique et intellectuel et trois mois après elle était en tout semblable à la moyenne des enfants de son âge. Neuf mois après l'intervention, on sentait encore les petits fragments de glande greffés sous la peau. Les auteurs pensent que les progrès obtenus chez cette enfant se maintiendront et que, s'ils venaient à fléchir, il n'y aurait aucun inconvénient à pratiquer une nouvelle greffe.

G. D.

V. — **Traitement de l'épilepsie**; d'après A. Morgan et U. B. Hodskins. (*Boston med. surg. journ.*, 15 juin 1905.)

Les auteurs ont soigné l'état de mal par des injections hypodermiques d'une solution stérilisée de bromure de sodium (Br Na, 18 gr. eau dist., 300). Les injections sont faites aseptiquement dans les cuisses ou mieux dans le dos, juste au-dessous de l'angle de l'omoplate. Quantité injectée 100 cc. à 180 cc. dès le début des convulsions. Les accès cessent rapidement, et les auteurs n'ont pas observé d'abcès. Une induration sensible subsiste pendant quelques jours, mais cède aux cataplasmes glycérinés. A côté de l'effet antispasmodique, les auteurs ont noté une action diurétique et stimulante. Presque dans tous les cas le résultat a été excellent.

La ponction lombaire a été employée plus rarement. Suivant la pression du liquide céphalo-rachidien, on retire 20 cc. de ce liquide et on injecte 10 cc. de la solution bromurée dans le cul-de-sac dural. Le résultat a été favorable également.

VI. — **Sur les conditions légales de l'emploi des rayons de Rœntgen.** Rapport de M. Chauffard ; discussion des 9 et 16 janvier 1906. (*Bulletin de l'Académie de Médecine.*)

La glorieuse découverte du physicien de Wurtzbourg (1895) a permis à la médecine et à la chirurgie de faire d'immenses progrès dans le diagnostic, le pronostic et le traitement d'une foule d'affections ; la radiographie, bientôt remplacée dans l'immense majorité des cas par la radioscopie infiniment moins dispendieuse, est devenue une méthode d'exploration d'une précision extrême pour celui qui sait s'en servir : depuis, la radiothérapie, sa sœur cadette, est venue apporter à la science mieux que des espérances : c'est grâce à elle que l'école Lailler a pu être fermée, et que la teigne

tondante et la pelade, jadis si rebelles à tous les traitements, guérissent aujourd'hui facilement depuis les travaux de Sabouraud : enfin nous rappellerons les tentatives de guérison du cancer par la rœntgénisation.

Mais ces méthodes, comme toutes celles dont l'action est vraiment active, n'est pas exempte de dangers : des brûlures plus ou moins profondes, des radiodermites et même peut-être, si l'on s'en rapporte à certaines expériences faites par différents auteurs sur les animaux, la disparition de l'élément noble des glandes sexuelles, peuvent se produire : il faut donc dans l'intérêt de la santé publique réglementer l'usage d'un agent physique si puissant. Il est certain d'ailleurs que, pour interpréter une radioscopie, pour lire un radiogramme, il faut des connaissances anatomiques et cliniques qui ne sont point le fait du premier venu. Des ignorants et des charlatans sans aucune connaissance scientifique, sans même la plus élémentaire bonne foi, ont vu là une exploitation possible de la crédulité publique et on a cité dans le débat académique des cas de véritables escroqueries commis dans certaines officines interlopes où l'on utilise les rayons Rœntgen ; peut être même ces rayons pourraient-ils servir à commettre de véritables crimes contre l'espèce. Sur ce dernier point, M. Pinard a montré qu'il se peut que les craintes formulées soient exagérées. Il a « rœntgénisé » un certain nombre de femmes enceintes à la clinique Baudelocque sans avoir jamais vu d'accident ni dans le présent, ni dans la suite : il donne d'ailleurs les indications les plus précises sur sa façon d'opérer.

M. Reynier montre qu'on ne peut sans injustice déposséder les physiciens d'une méthode qu'ils ont créée, il demande que : 1° un enseignement soit institué pour la pratique des rayons Rœntgen ; 2° que nul ne puisse, sans un diplôme spécial et sans le contrôle médical faire l'application de ces rayons ; 3° que les situations officielles acquises et justifiées par des travaux antérieurs soient respectées.

Il insiste sur ce fait que, pour la pratique des méthodes rœntgéniennes, il faut des connaissances en géométrie dans l'espace et en physique que les médecins ne possèdent que rarement : et que ces derniers causent souvent aux malades des brûlures par leur maladresse et leur ignorance. A cela M. Gariel répond qu'il est plus facile à un médecin d'acquérir des notions de physique et de géométrie, qu'à un physicien d'apprendre la clinique.

M. Labbé et M. Brouardel font remarquer qu'il peut arriver des accidents aux opérateurs les plus soigneux et les plus instruits. M. Le Dentu demande qu'on respecte les situations acquises.

M. Cornil rappelle que, pour l'emploi de la radiothérapie dans le cancer, il faut suivre rigoureusement certaines règles indiquées

par Belot ; que l'intervention reste jusqu'à présent la méthode de choix ; dans les tumeurs très limitées, l'expectation pure et simple convenant seule à la période de généralisation. M. Debove montre qu'actuellement, à l'Université de Paris, l'enseignement radiothérapique est complet et que les élèves peuvent trouver dans les ouvrages classiques toutes les notions nécessaires. A la suite de cette très intéressante discussion, l'Académie vote les conclusions suivantes proposées par M. Chauffard.

1° L'emploi médical des rayons Rœntgen peut déterminer des accidents graves ;

2° Certaines pratiques peuvent créer un danger social ;

3° Seuls les docteurs en médecine, les officiers de santé et les dentistes diplômés (dans leur spécialité) sont capables d'interpréter les résultats obtenus au point de vue du diagnostic et du traitement des malades. En conséquence, l'Académie est d'avis que l'application médicale des rayons Rœntgen par une personne non pourvue des diplômes ci-dessus désignés constitue un acte d'exercice illégal de la médecine. L. Wahl.

VII. — **La crampe professionnelle et son traitement par le massage méthodique et la rééducation** ; par Kouindjy. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2.)

La crampe professionnelle, que l'auteur propose d'appeler « ataxie professionnelle », est très analogue à l'ataxie du tabes: celle-ci elle revêt des formes de même ordre (paralytique, spasmodique, trémulente) ; l'élément psychique y joue le même rôle important, et l'évolution est à peu près identique. Il était donc indiqué de traiter les ataxies professionnelles par le massage et la rééducation, d'autant que tous les autres procédés de cure sont restés jusqu'ici inefficaces ou insuffisants. C'est naturellement contre la plus fréquente de ces crampes, celle des écrivains, que s'est exercée la sagacité thérapeutique et c'est à son propos que l'auteur expose sa méthode. Il débute par le massage, mais celui-ci est réservé aux muscles extenseurs qui sont toujours parésiés, tandis que les fléchisseurs sont en contracture : ce massage électif des seuls muscles hypotoniques rétablit l'équilibre entre les deux groupes antagonistes. Des exercices variés viennent ensuite s'ajouter au massage : ils sont destinés à activer et à mettre en évidence la récupération fonctionnelle des extenseurs. Plus tard enfin, on procède à la rééducation de l'écriture, et pour laisser en repos les fléchisseurs, l'auteur apprend à ses malades l'écriture avec la main renversée, qui demande presque tout l'effort aux extenseurs.

Lorsque le patient possède cette écriture, il entreprend une série d'exercices avec la main en position ordinaire. La lenteur, le rythme, une grande attention et une bonne position sont né-

cessaires pour atteindre le but poursuivi, qui est de régulariser les mouvements de l'écriture. L'élément psychique n'est point négligeable et il faut tirer profit de la suggestionnabilité des malades. Le traitement ne doit pas être abandonné brusquement : la guérison obtenue, il est bon de prolonger le traitement par des séances espacées de rééducation. F. Tissot.

VIII. — **Application du somniforme à la pratique de l'hypnotisme** ; par I. W. Viasemski. (*Obozrénié psichiatrii*, IX 1904.)

Mémoire à l'appui des travaux de Paul Farez sur ce sujet (Revue de l'hypnotisme 1903.)

IX. — **Gymnastique médicale associée au bain** ; par W. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii VIII. Centralbl. f. Nervenheilk*, XXVII, 1904.)

Les malades atteints de paralysies graves, ceux surtout qui sont incapables ou presque de soulever leurs membres, se trouvent très bien de la kinésithérapie active et passive pratiquée dans un bain à 28° R. Les contractures rétrocèdent en partie ; les paralysies spasmodiques s'en trouvent fort atténuées. L'eau en effet diminue l'action de la pesanteur sur les membres. On se sert de baignoires ordinaires pourvu qu'elles ne soient ni trop petites ni trop profondes. P. Keraval.

X. — **Application de la photothérapie au torticolis d'origine fonctionnelle** ; par M. N. Joukowski. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII.)

Ce n'est pas l'éclairage à l'arc voltaïque qui réussit dans les deux observations en question ici ; ce fut la chaleur lumineuse du bain de Kellog. P. Keraval.

XI. — **Contribution à la question de l'utilisation de la rotation centrifuge au diagnostic et à la thérapeutique** ; par W. Iline. (*Obozrénié psichiatrii* VIII).

Invention d'un appareil spécial avec figure à l'appui fort claire. P. Keraval.

XII. — **Nouvelles méthodes de traitement des paraplégies spasmodiques par les exercices. Résultat de 40 cas** ; par M. Faure (de Lamalou). (*Rev. de méd.* février 1906.)

Tous les neurologistes connaissent les travaux de Maurice Faure sur la cure de rééducation introduite dans la thérapeutique par Fraenkel; la méthode n'est applicable que lorsque les accidents aigus sont calmés, que l'état est devenu stable : il faut d'abord une première période d'exercices passifs de mobilisation, pendant laquelle on vient à bout des contractures, même

intenses et anciennes. Dans une seconde période on provoque des mouvements volontaires avec aide ou résistance données par le médecin. Les résultats sont satisfaisants, les traitements doivent être interrompus par des périodes de repos pendant lesquelles le malade ne doit pas se laisser immobiliser. Sur 40 malades, 2 sont restés impotents, 10 marchent seuls, mais péniblement ; 13 marchent facilement mais avec une démarche spasmodique ; 7 ont peu ou pas de spasmodicité, 4 ont la marche absolument normale, 4 ont renoncé au traitement. Il est bien entendu que ce traitement ne dispense pas de celui des causes de la maladie, et que les syphilitiques par exemple restent justiciables du traitement spécifique. L. WAHL.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

I. — **Le rire et le pleurer spasmodiques** ; par M. DEROUBAIX (*Journal de neurologie*, 1906, n° 5.)

Des observations de deux malades qui présentaient le phénomène du rire et du pleurer spasmodiques et dont une a été suivie d'autopsie, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La couche optique est le siège des mouvements automatiques d'expression émotive ; le rire et le pleurer sont néanmoins sous la dépendance de l'écorce par l'intermédiaire des fibres cortico-thalamiques. Une lésion unilatérale de ces fibres suffit à provoquer l'exagération psycho-réflexe émotive, c'est-à-dire le rire et le pleurer spasmodiques, soit isolés, soit associés, ce qui est dû, sans doute, à l'existence des fibres croisées dans le faisceau thalamo-facial.

La substitution du pleurer au rire dans une même convulsion émotive tend à prouver que la conduction thalamo-bulbaire du rire et du pleurer se fait par un faisceau unique dont les fibres gouvernent des groupements musculaires antagonistes.

G. DENY.

II. — **Nouvelle contribution à l'étude des localisations dans les noyaux des nerfs craniens chez l'homme et chez le chien** ; par MM. PARHON et NADYLE. (*Journ. de neurologie*, 1906, n° 7.)

Les lésions médullaires, bulbaires et protubérantielles décrites par les auteurs ont été constatées chez un homme qui a suc-

combé à un cancer de la langue ayant envahi la région sus-hyoïdienne. avec le ventre antérieur du digastrique, le mylo-hyoïdien, etc.

Les altérations médullaires étaient exactement localisées au groupe central des cellules du 1er et du 2e myélotome cervical, d'où l'on peut inférer que ce sont ces deux myélotomes qui innervent le sternomastoïdien.

Le noyau de l'hypoglosse était également le siège d'altérations très intenses surtout au niveau du groupe cellulaire externe de la partie supérieure du noyau, ce qui est en rapport avec le début de la tumeur par la base de la langue.

Au niveau du noyau du facial, les lésions siégeaient surtout dans le second groupe ventral qui est en rapport avec le digastrique, le stylo-hyoïdien et le styloglosse détruits par la tumeur.

Il existait enfin quelques altérations à la partie inférieure du noyau du trijumeau, qui étaient la conséquence de la destruction par le néoplasme du myélo-hyoïdien et du digastrique postérieur.

Ce travail se termine par la description des altérations trouvées du noyau au niveau du trijumeau chez deux chiens ayant subi respectivement la résection du masséter et du temporal.

G. Deny.

III. — **Les lésions cérébrales dans les psychoses d'origine toxique** : par MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine (*Congrès de Lisbonne*, section de neurologie.)

Les syndromes mentaux accompagnés de lésions macroscopiques sont exclus du cadre des psychoses. Les progrès croissants de l'anatomie pathologique microscopique restreignent, d'année en année, le groupe des accidents mentaux sans lésions d'aucune sorte. Encore peut-on, sans crainte d'erreur, prédire que lorsque nos investigations restent infructueuses, c'est parce que nos techniques sont insuffisantes.

Parmi les lésions cérébrales microscopiques accompagnées de troubles mentaux, il en est qui sont franchement inflammatoires, c'est-à-dire surtout vasculaires, péri-vasculaires, et interstitielles. Nous n'étudierons pas ici ces lésions, afin de nous limiter aux psychoses purement toxiques.

Les psychoses d'origine toxique sont les troubles mentaux produits par l'action du poison sur le fonctionnement des zones psychiques ou sensorielles de l'encéphale. Certains de ces poisons viennent du dehors : l'alcool, le mercure, le plomb, par exemple. — D'autres sont fabriqués dans l'organisme même, lorsque celui-ci est infecté, lorsque la température s'élève, lorsque se produisent des fermentations digestives anormales, etc. D'autres enfin résultent de la rétention dans l'organisme de produits nor-

[illegible] transformés par des organes [illegible] produits par l'al[illegible] certains organes chargés de [illegible] à son bon fonctionnement [illegible] etc. Malgré la va[illegible] leurs actions sont les mêmes [illegible] sur les cellules céré[illegible] bien ils agissent sur [illegible] sur les cellules [illegible] de réparation et de [illegible] sur la cellule et ses pro[illegible] la trace de l'action du poison. [illegible] cellule peut révéler des lé[illegible] cellule paraît intact. Parfois, [illegible] peut rester intacte en apparence [illegible] sur l'autres organes peut avoir [illegible] Ainsi dans les délires fébriles, [illegible] il arrive souvent que [illegible] corticales (Faure et Des[illegible] on peut trouver deux ordres de lé[illegible] résultant de l'action à dis[illegible] et Faure). Il n'est pas inu[illegible] action à distance des poisons est [illegible] dans la pathogénie des délires et des [illegible] action due à la présence du [illegible] à l'examen du cerveau et du [illegible] nombre d'individus ayant [illegible] diverses accompagnées de troubles men[illegible] Faure et Laignel-Lavastine n'ont pas trouvé de microbes.

Les [illegible] les plus propres, actuellement, à mettre en évi[illegible] des cellules nerveuses substances chroma[illegible] sont les méthodes de Nissl et de Cajal. [illegible] qu'on leur a faites :

1° La cadavérisation provoque des altérations rapides qui ne permettent pas de voir ensuite les altérations pathognomoniques. Pour faire face à cette objection, MM. Gilbert-Ballet, Maurice Faure et Laignel-Lavastine ont recherché les altérations cadavériques dans les cellules nerveuses de l'homme et des animaux, d'une à 30 heures après la mort, et il résulte de leurs recherches que les altérations cadavériques décelées par la méthode de Nissl sont trop tardives pour gêner l'examen, 24 heures après la mort, dans les conditions ordinaires, et que les altérations décelables par la méthode de Cajal, bien que plus précoces, permettent encore des examens utiles des neurofibrilles primaires, mais

que l'examen des neurofibrilles secondaires doit être négligé, habituellement, 24 heures après la mort.

La deuxième objection est que ces méthodes montrent de fréquentes altérations, sans rapport avec des causes définies et des symptômes déterminés. On les appelle alors des lésions banales. Les auteurs pensent que cette objection n'a pas de valeur, parce qu'on ne qualifie de « lésions banales » que les lésions dont ne ne connaît pas la signification. C'est ce qui est arrivé lors que Déjerine a décrit les névrites périphériques qui, comme les lésions cellulaires, sont en rapport avec des causes très diverses et des syndrômes variés. Nul, cependant, ne contesterait aujourd'hui la valeur des lésions des névrites périphériques. Il en sera de même pour les lésions cellulaires.

Les auteurs rapportent un très grand nombre de lésions cellulaires de physionomie variée, décrites avec ces techniques et surtout avec la méthode de Nissl, par Agostini, Alessi et Pieri, Anglade, Azoulay, Belar Nagy, Canizzo, Ceni, Colucci, Cramer, Donaggio, Donetti, Franca, Gabei et Antinosi, Goldschlider et Flatau Levi, Lugaro, Marchand et Vurpas, Marinesco, Michotle, Vageotte Neppi, Gimer, Philippe et de Gothard, Sabrazes et Cabannes, Tirelli, etc., au cours de divers empoisonnements accompagnés ou non de troubles mentaux appréciables. Il ne paraît pas possible, actuellement, de classer tous ces types et d'établir une relation certaine entre tel d'entre eux, et tel toxique ou telle séméiologie correspondant.

Notamment, les auteurs ne croient pas que la division établie par Marinesco entre la chromatolyse dite primitive et secondaire et la chromatolyse périphérique et centrale, soit exacte. Il est même vraisemblable que beaucoup de toxiques divers peuvent créer la même lésion et que beaucoup de lésions peuvent aboutir au même symptôme. Il en est, d'ailleurs, ainsi dans toute la pathologie : beaucoup de toxiques variés peuvent produire des lésions analogues dans les cellules hépatiques, et beaucoup de lésions hépatiques peuvent aboutir à des symptômes analogues d'insuffisance hépatique. Néanmoins, il est souhaitable que des recherches ultérieures puissent permettre de baser une classification, qui établirait des relations solides entre des catégories de poisons, des catégories de lésions, et des catégories de symptômes. C'est d'ailleurs, la traditionnelle méthode anatomo-clinique, qui a déjà donné tant de résultats dans la pathologie nerveuse.

Pour obéir à ce desideratum, MM. Gilbert Ballet, Maurice Faure et Laignel-Lavastine ont tenté, à plusieurs reprises, de fixer les relations d'un type anatomo-pathologique cortical (chromatolyse à début central, forme globuleuse de la cellule, migration périphérique du noyau) correspondant à une lésion cellulaire réparable, qui leur a paru liée, d'une part à l'état cuto-toxique ré-

sultant d'une infection ou d'une intoxication prolongée (notamment de l'alcoolisme avec altération hépatique et rénale), et d'autre part au syndrôme de la confusion mentale.

Toutefois, il est utile de faire remarquer qu'une évolution de troubles mentaux peut être foudroyante et dramatique, sans avoir le temps d'installer des lésions cellulaires profondes, et qu'au contraire, une longue maladie, avec troubles mentaux plus effacés, peut aboutir insidieusement à des lésions cellulaires considérables : c'est précisément le cas de la confusion mentale. Il en résulte une certaine indépendance entre l'évolution du délire qui peut être soudaine, bruyante, et celle de la lésion qui est insidieuse. De même, le mode de réaction symptomatique de la cellule nerveuse est fonction de l'hérédité, de la prédisposition individuelle innée ou acquise, tout autant que de la nature du toxique, agent de l'irritation cellulaire. C'est pourquoi il ne faut pas s'attendre à trouver, dans l'avenir de cette question, une classification rigoureuse et des formules étroites. Mais déjà on peut considérer comme acquis que les lésions cellulaires sont, au même titre que la psychose elle-même, l'expression de l'injure faite à la cellule par le poison.

VI. — **Crises gastriques tabétiques, élongation du plexus solaire**; par MM. Vallas et Cotte. (*Soc. Nation. de médecine de Lyon*, 26 mars 1906, *Lyon médical*, 15 avril 1906.)

Homme de 41 ans, éthylique, souffrant de crises gastriques depuis cinq ou six ans. Leur fréquence augmenta progressivement et depuis un an le malade les ressent tous les mois. Elles s'accompagnent depuis deux ans de douleurs fulgurantes des membres inférieurs. Leur origine tabétique est manifeste : Signe d'Argyll Robertson, abolition des réflexes rotuliens, ataxie au début. Aucun médicament n'a pu le soulager. Elongation du plexus solaire en dénudant le tronc cœliaque.

A la suite de cette intervention, le malade, opéré en pleine crise, fut complètement soulagé et n'a pas souffert depuis. Le résultat étant immédiat il faut attendre quelque temps pour juger de la valeur de cette intervention. G. C.

V. — **Des lésions de la moelle dans la démence précoce**; par Klippel et Lhermite. (*L'Encéphale*, 1906, n° 2.)

Comme suite à des travaux antérieurs, les auteurs étudient dans trois nouvelles observations les lésions spinales de la démence précoce ; là comme dans le cerveau elles sont remarqua-

bles par leur localisation exclusive au tissu neuro-épithélial (neurones et névroglie) avec intégrité des formations vasculo-conjonctives (méninges, vaisseaux) ; elles consistent en une dégénération systématique du système postérieur de la moelle, très analogue à celle du tabes dont elle se distingue cependant par l'existence dans les cordons postérieurs de petites lacunes de désintégration circonscrites par une zone de prolifération névroglique intense. Les racines postérieures sont le siège d'un processus atrophique et destructif. On trouve dans les ganglions rachidiens la fragmentation cellulaire et la prolifération des cellules de la capsule. Il y a dégénération concomitante des systèmes d'association qui s'étagent dans les cordons latéraux. Dans la substance grise on note l'atrophie avec pigmentation des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke, avec réaction névroglique discrète. — Il est probable que le début de la lésion qui aboutit à la sclérose et à la destruction de la voie sensitive médullaire peut se faire en des points différents. — Le tableau clinique révélateur de la lésion tabétique a passé inaperçu dans les trois cas rapportés, soit que les signes subjectifs aient été masqués par l'état démentiel, soit que les signes physiques aient été très frustes, comme cela se voit pour le tabes juvénile. — En présence de ces constatations anatomiques et cliniques, il devient nécessaire de rechercher la série des troubles tabétiques dans tous les cas de démence précoce. F. Tissot.

VI. — **Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psychique ; asthénie générale sans paralysie ; pas d'œdème de la papille** ; par MM. Mouisset et Beutter. (*Lyon médical*, 20 mai 1906, p. 1008.)

Cas de tumeur cérébrale chez une femme de 40 ans à hérédité nerveuse.

Cliniquement, la malade présenta des phénomènes psychiques périodiques accompagnés de dépression générale avec tendance au sommeil, élévation de température, céphalée et quelques vomissements. Il n'y eut jamais ni phénomènes convulsifs, ni localisations motrices. L'œdème de la papille ne fut jamais constaté.

Entre les périodes d'asthénie, la malade présenta plusieurs fois de véritables fugues. Dans les périodes d'accalmie, la température revenait à la normale. Les périodes d'asthénie et de dépression s'aggravèrent progressivement et aboutirent au coma véritable, avec une température de 39°5.

A l'autopsie on trouva une nappe gliomateuse de la région sphénoïdale. Cette masse, suivant l'examen histologique, était uniforme, très riche en capillaires ; on y voit des cellules de diverses

formes, pyramidales, ovalaires, rondes, fusiformes, plongées dans une substance granuleuse. Ces nappes ne sont interrompues que par des traînées de fibres nerveuses en fascicules.

Cette observation concourt à l'étude de la forme psycho-motrice des tumeurs cérébrales. Les phénomènes psychiques, comme le font remarquer les auteurs, sont indépendants de la localisation de la tumeur. On ne peut faire que des hypothèses pour expliquer la périodicité des accidents et leur rapport avec les modifications de la température. Les tendances actuelles les rattachent à des phénomènes d'auto-infection. G. CARRIER.

VII. — **L'origine du sommeil. Sur les relations entre le sommeil et le fonctionnement de la glande pituitaire**; par le Dr ALBERTO SALMON L. NICOLAÏ (Firenze).

Le sommeil physiologique, qu'on ne peut pas considérer comme l'effet d'un simple fait vasomotoire ou toxique, est cependant parfaitement compréhensible si l'on attribue l'origine à une sécrétion interne physiologique.

La glande pituitaire ou hypophyse, entièrement liée par sa sécrétion interne à la nutrition des éléments nerveux, par son siège spécial près des centres psychiques, par ses étroites relations physio-pathologiques avec le système nerveux central, est sans doute la glande plus propre à l'accomplissement de cette fonction si délicate. La présence du brome dans sa substance glandulaire, constatée par Paderi, rend vraisemblable l'hypothèse que l'hypophyse ait aussi des propriétés hypnotiques sur les centres nerveux, hypothèse d'ailleurs confirmée dans certains cas par la somnolence produite par la cure pituitaire et par son influence favorable sur l'insomnie. Les relations entre les troubles du sommeil et les lésions de la glande pituitaire sont très intéressants. On observe la *somnolence* :

1° Dans les tumeurs de l'hypophyse, caractérisés par l'hypertrophie glandulaire et dans les néoplasmes, pendant leur phase initiale, sans être atteints par des faits dégénératifs ; — 2° dans la phase initiale de l'acromégalie, généralement accompagnée d'une simple hyperactivité fonctionnelle de l'hypophyse (Massalongo, Tamburini) ; — 3° dans le myxœdème, présentant presque toujours l'hypertrophie de la glande pituitaire. — 4° dans les infections où l'on a souvent constaté l'hypertrophie ou la congestion de l'hypophyse par exemple la maladie du sommeil (Manson), l'Influenza, etc ; 5° dans quelques intoxications aiguës surtout si elles causent une augmentation des phénomènes sécrétoires comme par exemple dans les empoisonnements de pylocarpine qui exagère toutes les sécrétions, y compris celle de la pituitaire

(Guerrini) ; dans la phase initiale de l'intoxication par la morphine ; — 6° dans les auto-intoxications chroniques (hépatique, intestinale, rénale, etc.,) qui produisirent expérimentalement une hypersécrétion pituitaire (Guerrini) ; — 7° dans l'obésité, dont la pathogenèse est souvent liée à des troubles fonctionnels de l'hypophyse (Frowlich-Fuchs) ; — 8° dans tous les états morbides susceptibles de produire l'hypérémie de la glande pituitaire par exemple dans les congestions cérébrales, dans l'alcoolisme aigu, dans l'épilepsie où l'hypophyse a été trouvée très congestionnée (Weurel), dans les traumatismes à la tête qui ont souvent causé des lésions pituitaires et des graves narcolepsies.

L'auteur a observé par contre, *l'insomnie* dans les cas suivants : 1° Dans les tumeurs de l'hypophyse accompagnées des graves faits dégénératifs, surtout dans l'état de cachexie acromégalique dans lequel la glande est généralement détruite par des faits nécrotiques, dans les néoplasmes malins métastatiques, dans les abcès de l'hypophyse. — 2° Dans la maladie de Basedow, qui très vraisemblablement doit son origine à l'intoxication initiale des centres nerveux par un pervertissement fonctionnel de l'hypophyse (Salmon), glande qui a été trouvée dans quelques autopsies, par Bendu, extrêmement petite et dure ; — 3° dans l'inanition, dans la vieillesse, où l'on a observé la diminution des cellules chromophiles de l'hypophyse c'est-à-dire les signes de son insuffisance fonctionnelle ; 4° Dans la diminution de la pression sanguine, par exemple dans la phase hyposystolique des cardiopathies, dans la neurasthésie qui est caractérisée par l'abaissement du ton nasal et par une hyposécrétion générale.

Dans l'empoisonnement par l'atropine qui cause l'inhibition fonctionnelle de toutes les sécrétions.

Notre hypothèse explique les troubles qui se vérifient pendant le sommeil dans les maladies des glandes à sécrétion interne, glandes liées entre elles par les relations physiologiques les plus intimes, par exemple l'insomnie du diabète, dans lequel, outre le pancréas d'autres glandes à sécrétion interne sont altérées (thyroïde, etc). Pour les relations entre l'hypophyse et les glandes génitales (Fichera) on pourra expliquer les troubles du sommeil dus aux modifications de la vie sexuelle telles que la somnolence dans la gossesse, après la castration qui sont toujours accompagnées par l'hypertrophie de l'hypophyse.

Les relations anatomiques et physiopathologiques des voies nasales avec l'hypophyse (Lyon) expliquent enfin les troubles du sommeil, jusqu'à présent inexpliquables, d'origine nasale. Ces considérations permettent de hasarder l'hypothèse que le sommeil physiologique soit essentiellement dû à la sécrétion interne de la glande pituitaire, hypothèse qui répond parfaitement à son action trophique antitoxique sur les centres nerveux.

VIII. — **Un nouveau cas de myasthénia gravis. Asthénie bulbo-spinale terminée par la mort brusque et suivie d'autopsie. Dans l'état actuel de nos connaissances, quelle place doit-on donner, en nosographie, à la maladie d'Erb Goldflam ?** ; par Leclerc et Sarvonat. (*Rev. de médecine*, 29 novembre 1905.)

Il s'agit d'une jeune fille qui ne présentait aucune crise convulsive, mais qui peu à peu en vint à ne pouvoir se livrer à aucun travail tant elle était fatiguée : la déglutition devint impossible après quelques bouchées ; la parole, après quelques mots : elle mourut dans le coma quelques jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie resta négative, l'examen histologique du bulbe pratiqué par M. Paviot montra les cellules des noyaux olivaires atteintes de chromatolyse surtout diffuse, des corps cellulaires revenus à l'état rond, d'autres surchargés de pigment jaune ; les cellules normales sont l'exception.

Cette affection, à laquelle on ne peut parfois assigner aucune cause, est parfois aussi sous la dépendance d'un surmenage physique ou intellectuel, d'une infection ou d'une intoxication, d'une maladie de Banti, d'une lésion des organes génitaux, d'une grossesse ou de la puerpéralité ou encore d'une maladie de Basedow plus ou moins fruste (Brissaud et Bernard). On la trouve chez les sujets porteurs de tumeurs médiastines en relation avec les débris du thymus, des kystes du rein, etc., elle est particulièrement fréquente chez les dégénérés présentant de nombreux stigmates physiques.

Il arrive parfois que même au microscope on ne puisse trouver aucune altération du système nerveux de l'écorce, des pédoncules ou des faisceaux pyramidaux. On est donc en droit de se demander si cet ensemble clinique n'est pas un simple syndrome et non une maladie définie. Les muscles sont parfois altérés. On y trouve (Lagner et Weigert) des amas de cellules lymphatiques analogues à celles qui existent dans le thymus. Pour Oppenheim et Israel les lésions constatées seraient des troubles agoniques et ils insistent sur la fragilité extraordinaire des neurones des sujets tarés chez qui on rencontre cette maladie. Cette variété de paralysie bulbaire est pour Goldfram un complexus symptomatique caractérisé par l'absence de lésions grossières attestées soit par la guérison, soit par le résultat de l'examen histologique. On a distingué des cas typiques et des cas atypiques ces derniers seraient les plus nombreux ; ils rattacheraient insensiblement cet état à la poliencéphalite et autres malades du bulbe. L. Wahl.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — **Contribution à l'étude des troubles physiques particuliers dans l'état de stupeur** ; par les Drs SOUKANOFF et PETROFF (*Journ. de neurologie*, 1906, n° 8.)

Il s'agit d'un homme de 38 ans qui fut atteint pendant qu'il purgeait en prison une condamnation pour crime politique, de troubles mentaux (hallucinations, idées de persécution, confusion etc.) bientôt remplacés par un état de stupeur qui dura 18 mois. Pendant cette phase de stupeur on nota un ralentissement considérable des mouvements respiratoires (6 à 8 par minute), une diminution des battements du cœur, du refroidissement des extrémités avec œdème des pieds, etc. Il existait en outre de la toux, de la fièvre, des signes d'induration des poumons et une dilatation du ventricule droit. G. DENY.

II. — **Les formes frustes de la démence précoce** ; par le Dr CROCQ (*Journ. de neurologie*, n° 7.)

On sait que Kahlbaum a décrit sous le nom d'héboïdophrénie une forme atténuée d'hébéphrénie qui ne s'accompagne ni d'excitation, ni d'idées délirantes et qui se caractérise seulement par un affaiblissement rapide et définitif des facultés intellectuelles. En outre de cette forme bénigne de démence précoce simple ou fruste, l'auteur en décrit deux autres : dans l'une, on observerait, en plus de l'affaiblissement intellectuel qui vient d'être signalé, un état délirant vague, peu retentissant, mais provoquant cependant dans certains cas des réactions assez violentes pour nécessiter l'internement ; dans l'autre il existerait des accès délirants très nets, après la disparition desquels les malades tombent tantôt dans une démence profonde et tantôt au contraire sont encore capables de remplir leurs occupations habituelles, pourvu que celles-ci soient devenues automatiques. Ce sont ces derniers faits qui ont fait dire à quelques auteurs que la démence précoce était curable. Le terme de démence impliquant la notion d'un déficit irrémédiable de l'intelligence, la démence précoce ne saurait faire exception à cette règle. Mais la profondeur de la démence, le degré du déficit peut varier. Les formes frustes de la démence précoce expliquent bien les cas, à première vue étranges, dans lesquels un diagnostic, établi nettement pendant la période délirante, semble contredit par une restitution ayant, pour un observateur superficiel, l'apparence d'une guérison, laquelle n'est du reste le plus souvent que temporaire. G. DENY.

III. — **Autour d'une épidémie de démonopathie** ; (Morzine 1861-1865); par MARGAIN. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 4.)

IV. — **Les symptômes du délire d'interprétation** ; par SÉRIEUX et CAPGRAS. (*L'Encéphale*, 1906, n° 2.)

Le délire d'interprétation est une psychose systématisée chronique à base d'interprétations délirantes, se développant progressivement chez des prédisposés sans intervention notable des troubles sensoriels, et dont la longue évolution n'aboutit pas à la démence. Trois traits essentiels les caractérisent : la multipliéité des interprétations et leur rôle fondamental, la rareté des hallucinations et leur contingence, la persistance de l'intégrité mentale. Le contenu du délire est variable, pouvant s'adresser à toutes les idées délirantes ; l'intérêt en réside dans cette constatation qu'il porte tout entier sur des faits réels, actuels ou passés, empruntés au domaine des perceptions sensorielles ou cénesthétiques, que le malade interprète dans le sens de son orientation psychique et de ses préoccupations, en exagérant ou en déformant leur signification ou leur portée. — Les hallucinations ne sont pas constantes ; dans tous les cas, elles n'ont aucune influence dans l'éclosion de la psychose et qu'un rôle bien accessoire dans son développement. — Il est intéressant de constater l'absence d'affaiblissement intellectuel et la logique apparente (dans la forme mais non au fond) des raisonnements ; il n'existe pas de différence fondamentale entre les cas où l'interprétation est fonction d'une tournure d'esprit spéciale et ceux où elle est délirante jusqu'à l'invraisemblable ou à l'absurde. Le délire d'interprétation n'est pas un état démentiel : les erreurs de jugement ne sont pas la conséquence du déficit intellectuel, mais bien d'un déficit partiel ; dans le sens critique. F. TISSOT.

V. — **Confusion hallucinatoire aiguë et insuffisance hépatique** ; par DENY et RENAUD. (*L'Encéphale*, 1906, n° 2.)

La confusion aiguë n'est pas une maladie, c'est un symptôme qui est l'expression d'une intoxication exogène ou endogène et qu'il faut toujours rattacher à une affection organique. Témoin le cas rapporté : il s'agit d'une femme jeune sans prédisposition constitutionnelle, sans tare acquise, qui fut prise brusquement, au cours de troubles gastriques habituels, d'un délire diffus, à caractère panophobique et onirique, avec hallucinations et illusions, confusion mentale, refus d'aliments, et entrecoupé de périodes d'excitation et de dépression ; morte au bout de six semaines. L'examen histologique montra, en outre d'une destruction partielle de la muqueuse intestinale, la dégénérescence graissseuse du foie et du rein, la chromatolyse des cellules nerveuses, lésions habi-

tuelles des intoxications. La marche des phénomènes aurait été la suivante : affection gastro-intestinale, cirrhose du foie, délire secondaire à l'insuffisance hépatique, à laquelle viennent se joindre les insuffisances rénale et cérébrale. F. Tissot.

VI. — **Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique). Prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses** ; par Pascal. (*L'Encéphale*, 1906, n° 2.)

Ces formes sont celles qui se compliquent d'un syndrome en foyer au cours de leur évolution ; elles tirent leur physionomie spéciale du siège de la lésion bien plus que de sa nature. L'auteur les divise en trois groupes : le premier comprend les paralysies générales avec prédominance ou exagération localisée en certains points des lésions de méningo-encéphalite ; deuxième groupe : paralysies générales compliquées de lésions en foyer, juxtaposées, à évolution indépendante (hémorrhagie, ramollissement) ; troisième groupe : absence de lésions en foyer mais atrophie élective d'un hémisphère. L'atrophie prédominante d'un hémisphère est fonction de la répétition et de la fréquence des ictus dans cet hémisphère. — Les expressions cliniques les plus intéressantes de ces diverses lésions sont l'hémiplégie et l'aphasie. Parmi les formes hémiplégiques l'auteur retient celle qui relève de l'atrophie en masse d'un hémisphère ; c'est une hémiplégie durable, qui s'accompagne de contracture, respecte ordinairement la face, et qui provoque la dégénération secondaire du faisceau pyramidal. — Dans les paralysies générales atypiques aphasiques, l'auteur distingue une forme aphasique à prédominance motrice et une à prédominance sensorielle, suivant la localisation de la lésion dans la zone du langage. F. Tissot.

VII. — **Paralysie par épuisement post-épileptique (exhaustion paralysis dans l'épilepsie.** — Revue générale du sujet; p. L. Pierce. (*Clinical studies, Archives of Neurol. and Psychopathol.*, vol. II, 1899.)

VIII. — **Un cas de délire systématisé avec artérite cérébrale hypertrophique progressive** ; par Klippel et Antheaume. (*L'Encéphale*, 1906, n° 1.)

Observation d'un homme qui présenta un délire systématique de persécution à évolution chronique, au cours duquel survint une hémiplégie gauche, et qui mourut après dix-huit ans d'internement d'un ictus apoplectique; à l'autopsie on trouva des lésions d'artérite hypertrophique généralisée avec rétrécissement considérable de la lumière des vaisseaux, sans thrombose ni ectasie ; il n'y avait aucune trace d'hémorrhagie en foyer, mais une

dégénérescence systématique du faisceau pyramidal gauche. — Il est rare de trouver à cette forme mentale un substratum anatomique. Dans le cas particulier, l'artérite constatée n'est pas, en raison de sa précocité et de ses caractères spéciaux, une manifestation involutive, mais bien une forme distincte qu'on rencontre avec prédilection à la suite des maladies infectieuses. Il semble rationnel de lui rapporter toute l'histoire clinique de ce cas : elle est la cause de la rupture artérielle qui a amené la mort par hémorrhagie méningée ; quelques années auparavant, c'est à elle qu'il faut attribuer l'ischémie productrice d'hémiplégie cérébrale et de la dégénérescence secondaire ; plus avant encore on doit voir dans le délire à évolution progressive l'expression de lésions dues à l'artérite. F. Tissot.

IX. — **Le délirium tremens chloralique et son traitement (Delirium tremens et syndrome paralytique fugace)** ; par Antheaume et Parrot. (*L'Encéphale* 1906, n° 1.)

Troubles mentaux survenus chez un psychopathe constitutionnel chloralomane à la suite d'abstinence chloralique et qui ont rappelé de tous points les accidents épisodiques de l'alcoolisme chronique : accès de délirium tremens (*a potu suspenso*), coma de l'ivresse, délire hallucinatoire avec idées de persécution et de jalousie. A deux reprises, le sujet a présenté un « syndrome paralytique fugace » (Klippel), qu'on rencontre fréquemment chez les alcooliques et les auto-intoxiqués.

En ce qui touche le traitement, il y a ici, comme dans les autres toxicomanies, une distinction à faire entre les grands et les petits chloralomanes : ceux-ci peuvent sans inconvénient supporter la suppression brusque, il en est autrement des autres : pour ceux-là ce qu'il convient de faire c'est de supprimer au grand chloralomane sa ration de luxe pour ne lui laisser que la ration d'entretien, c'est-à-dire la dose minima pour éviter les grands accidents de l'abstinence ; d'instituer un traitement préventif du collapsus et de ne pratiquer la déchloralisation définitive que lorsque le malade a été mis ainsi en état de la supporter. F. Tissot.

X. — **Les ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique** ; par Dupré et Charpentier. (*L'Encéphale*, 1906, n° 1.)

Deux observations d'ivresse délirante passagère dont l'une, fortuite et involontaire, est survenue chez un jeune sujet indemne de tout alcoolisme antérieur ; l'autre s'est développée chez un alcoolique chronique. — Si, au point de vue pénal, les actes commis dans un état d'ivresse volontaire excluant l'imputabilité doivent être considérés non comme actes dolosifs et intentionnels mais comme actes attribuables à la négligence et à l'imprévoyance et punis comme tels, par contre les victimes d'une ivresse fortuite

et non volontaire doivent être considérées comme pénalement irresponsables des suites d'un état délirant dont elles n'ont en rien déterminé ou favorisé l'apparition. F. T.

XI. — **La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique**; par Maurice Dide.

Les recherches anatomo-pathologiques faites chez les déments précoces ne permettent pas de connaître encore la pathogénie de ce syndrôme. M. Dide, dans les autopsies qu'il a pratiquées, a noté d'une part la constance de la dégénérescence graisseuse du foie dans les formes catatoniques, d'autre part la fréquence de la tuberculose dans les formes hébéphréno-catatoniques. Il en conclut que la démence précoce doit être considérée comme une psychose toxi-infectieuse subaiguë ou chronique, primitive pour la forme hébéphréno-catatonique, secondaire pour la forme paranoïde. Dans tous les cas la dégénérescence, dans le sens large que lui a dévolu le professeur Joffroy, est nécessaire comme terrain. (*Revue neurologique*, avril 1905.) E. B.

XII. — **Paralysie générale tuberculeuse**; par Klippel.

M. Klippel publie l'observation d'un malade ayant présenté, de la façon la plus évidente et la plus incontestable, le syndrôme paralytique. Ce diagnostic a été affirmé, dans des certificats médicaux, par plusieurs aliénistes de profession.

A l'autopsie on rencontrait, disséminés dans le cerveau, le cervelet et le mésencéphale, de gros tubercules caséeux, avec encéphalite et méningite, de *voisinage seulement*. Au point de vue histologique, à part ces régions circonscrites, il n'y avait nulle part de diapédèse dans l'encéphale, mais seulement des lésions dégénératives diffuses.

La conclusion qui se dégage du rapprochement de ce cas avec d'autres observations est que la paralysie générale la plus incontestable par l'ensemble de ses symptômes et par son évolution, peut répondre à des lésions de nature différente.

La paralysie générale n'est pas l'aboutissant de toute maladie mentale, comme le voulait Esquirol; elle n'est pas non plus une entité morbide dont la cause et la lésion sont toujours les mêmes, comme le voulait Bayle, dont les observations ne semblent comprendre que des formes inflammatoires (infections microbiennes.)

M. Klippel conclut en définissant la paralysie générale : « un syndrome clinique, caractérisé par un ensemble de signes et une évolution qui sont les mêmes sous l'influence d'agents pathogènes divers, en action sur l'encéphale sous un certain mode et en-deçà et au-delà duquel ces mêmes agents pathogènes produisent d'autres symptômes. » (*Revue neurologique*, avril 1905). E. B.

XIII. — **La pseudo-paralysie générale progressive**, par Joseph INGEGNIEROS.

L'auteur publie une observation de pseudo-paralysie générale progressive et fait suivre cette observation des conclusions suivantes. Le diabète produit des accidents nerveux et mentaux.

Tous les symptômes qui constituent le syndrome paralysie générale, ont été isolement observés et décrits comme étant le résultat du diabète. Une auto-intoxication diabétique siégeant simultanément sur les diverses régions des centres nerveux, qui peuvent produire les symptômes de la paralysie générale, doit se manifester par ce syndrôme.

Cette paralysie générale diabétique peut se manifester sous diverses formes : 1° être accidentelle et disparaître rapidement; 2° être fixe, mais non progressive, et curable par le traitement étiologique ; 3° être progressive et incurable.

La pseudo-paralysie générale diabétique est un fait clinique réel et on doit l'ajouter aux autres formes de « pseudo-paralysie » (syphilitique, arthritique, alcoolique et saturnine.) (*Revue neurologique*, juillet 1905.) E. B.

XIV. — **Sur la forme stationnaire de la démence paralytique** ; par Serge SOUKHANOFF.

Si la paralysie générale présente d'ordinaire une marche progressive, il est des cas où l'évolution subit un temps d'arrêt qui peut atteindre dix, quinze ans et plus : il s'agit bien alors d'une forme stationnaire de la démence paralytique. L'auteur rapporte l'observation d'un malade chez qui les premiers troubles se montrèrent en décembre 1887. A ce moment on constata des troubles mentaux (excitation maniaque, affaiblissement intellectuel, idées de grandeur) et des signes physiques (dysarthrie, tremblement de la langue, troubles de l'écriture). L'état maniaque a disparu, mais les autres troubles ont persisté ; le malade a pu néanmoins se marier. En novembre 1904, la dysarthrie et les troubles de l'écriture se sont accentués, il y a de l'inégalité pupillaire et des modifications des réflexes patellaires.

Le diagnostic de paralysie générale ne paraît pas douteux pour l'auteur, bien qu'il ne fasse mention ni de l'existence d'une syphilis, ni de la présence d'une lymphocytose rachidienne. Il termine, pour expliquer ces formes stationnaires de la démence paralytique, par cette hypothèse : « n'est-il pas possible d'admettre que dans le même organisme où a commencé le processus destructif dans le système nerveux central, des conditions particulières inconnues de nous ont fait qu'il s'est formé, de pair avec les toxines, des antitoxines ». (*Revue neurologique*, oct. 1905).

E. B.

XV. — **Les causes morbides prédisposantes en pathologie mentale** ; par M. Marandon de Montyel. (*Rev. de méd.*, janvier 1906.)

Dans toute maladie, il est deux éléments primordiaux, on les désigne volontiers aujourd'hui sous les noms de « graine » et de « terrain » de cause primordiale et de cause occasionnelle la cause la plus générale de la folie est la prédisposition le plus souvent liée à la dégénérescence, qui peut,elle-même,être congénitale ou acquise ; mais cette tendance peut rester virtuelle, s'il n'intervient pas une cause occasionnelle capable de faire passer de la puissance à l'acte les possibilités délirantes. Pour Marandon de Montyel, ces causes efficientes de la folie peuvent être rattachées à trois groupes distincts : a) groupe infectieux, fièvre typhoïde,impaludisme ; b) groupe toxique,alcool,plomb ; c) groupe physique, traumatisme direct ou par contre-coup, insolation.

Nous avons été très étonné que le savant auteur de l'article n'insiste par sur la syphilis parmi les causes du premier groupe, Il est possible que certains aient fait jouer à cette infection un rôle trop considérable dans la genèse des maladies mentales ; mais même réduit le plus possible, le rôle de l'infection fracastorienne reste important comme cause de folie.

Pour la fièvre typhoïde, Marandon de Montyel insiste sur la différence entre le délire fébrile proprement dit,qui ne se caractérise que par des troubles intellectuels, une confusion simple des idées sans autres phénomènes et les délires des prédisposés pendant ou après la dothiénentérie ; cette dernière folie est généralement peu curable et se termine fréquemment par un état démentiel définitif. La fièvre typhoïde serait,pour certains auteurs, une cause de paralysie générale,mais en tout cas cette cause de la maladie de Bayle est exceptionnelle. L'impaludisme n'occasionne des troubles délirants que dans ses formes chroniques et pour ainsi dire jamais dans ses formes aiguës : il n'y a d'ailleurs aucune relation entre le délire et la gravité de l'infection palustre ; cette forme de folie rappelle les modalités si diverses de l'alcoolisme; le diagnostic différentiel est des plus difficiles à établir.C'est une question de savoir s'il existe une pseudo-paralysie générale malarique et quel rôle joue la fièvre « de pays » dans l'éclosion de la P. G.

Le saturnisme chronique prédispose d'nne façon spéciale aux troubles psychiques éthyliques. On admet assez généralament aujourd'hui avec M. Vallon que la pseudo-paralysie générale saturnine aboutit le plus souvent à la P. G. confirmée.

Le traumatisme cranien est une cause fréquente de la folie sous toutes ses formes, surtout des troubles à caractère démentiel et

en particulier d'une P. G. à marche assez spéciale lente au début, très rapide à la fin.

L'insolation dans les pays chauds semble causer fréquemment des troubles intellectuels : il semble y avoir de nombreuses causes d'erreur dues à l'hérédité et peut-être à la syphilis.

Cet article de Marandon de Montyel donne l'opinion de ce savant clinicien sur une foule de points très obscurs de l'étiologie des folies ; il insiste sur une foule de points de pathologie générale qui montrent l'étroite relation des maladies mentales avec les autres affections de l'organisme. L. WAHL.

XVI. — **Psychose de l'état puerpéral** ; par M. Georges CARRIER. (*Soc. Méd. des Hôp.* de Lyon 11 avril 1905.)

Observation d'un cas de psychose de l'état puerpéral, chez une femme de 38 ans. Les phénomènes délirants apparurent le 6e jour après l'accouchement. L'intérêt de ce cas réside :

1° Dans la netteté de la cause prédiposante qui est ici *l'épuisement*. On ne relève, en effet chez la malade, ni antécédents nerveux héréditaires ou personnels qui ont été recherchés soigneusement, ni antécédents organiques.

2° Dans une évolution clinique qui frappe par sa très grande simplicité et qui peut se diviser en trois phases :

a) Une *période d'épuisement* comprenant une grossesse déprimante (vomissements et insomnies presque continus) et un accouchement laborieux.

b) Une phase prodromique d'une durée de trois jours, caractérisée par de l'excitation intellectuelle et motrice.

c) Une période délirante de 26 jours, dont la forme clinique confusion mentale hallucinatoire caractérise les états antitoxiques.

3° Dans une terminaison qui corrobore la pureté de la notion étiologique.

Les phénomènes délirants aigus ayant cessé rapidement et sans amener l'apparition d'aucun autre trouble mental, comme cela se voit souvent lorsqu'il y a un élément dégénératif.

Au point de vue de la pathogénie de ce cas de psychose de l'état puerpéral, l'auteur pense que l'élément essentiel est ici *l'épuisement* qui a créé dans l'organisme un état antitoxique spécial, déterminé suivant Kraepelin par des troubles dans les échanges nutritifs, pouvant réaliser à lui seul une confusion mentale *primitive*.

Discussion. — *M. Carrier père* signale une particularité qui s'est montrée dans le cours de cette observation ; le défaut de parallélisme entre la courbe thermique et celle du pouls. Celle-ci, en effet, pendant la période d'état de la maladie a montré le tracé d'une véritable tachycardie lorsque la courbe thermique s'abaissait.

Il a observé très souvent ce phénomène chez les délirants et particulièrement dans le délire aigu. Sans en donner une explication purement hypothétique, il pense que c'est un point de clinique qui révèle peut-être un signe important dans le diagnostic où le pronostic des affections dans lesquelles il se rencontre et qui sollicite des recherches nouvelles.

Au sujet des délires puerpéraux semblables au cas présenté, il reprend l'opinion qu'il a émise déjà depuis longtemps et d'après laquelle ces malades ne doivent pas être considérés comme des aliénés et internés comme tels. Si l'isolement leur est utile, on peut le réaliser sans que pour cela on soit obligé de faire un internement, ce qui est tout différent. G. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 5 juillet. — Présidence de M. Ballet.

Hémiplégie avec paralysie du moteur oculaire commun du même côté et troubles sphinctériens.

M. Cantonnet. — Homme, trente ans, syphilitique, pris, sans ictus, de paralysie des membres, du facial inférieur et de la 3e paire le tout à gauche et sans désordres de l'intelligence ; ponction lombaire négative ; amélioration rapide par traitement mercuriel. La localisation de la lésion reste imprécise.

Névrite ascendante.

MM. Lejonne et Chartier. — Femme, névrite ascendante consécutive à un traumatisme infecté du doigt. Le caractère intéressant du cas est une arthrite métacarpo-phalangienne ayant tous les attributs cliniques et radiographiques du rhumatisme chronique ; cas en faveur de l'origine infectieuse et névritique du rhumatisme chronique.

Dystrophie d'origine pulmonaire.

MM. Lejonne, Chartier. — Jeune fille, 20 ans et 1 m. 28 seulement de stature, pas infantile mais dystrophique (végétations adénoïdes et bronchite chronique avec asthme datant de l'enfance).

Deux cas d'hémianopsie bitemporale.

M. Galezowski. — 1° Femme, ménopause, œdème particulier des mains et des jambes, élargissement de la selle turcique à la radioscopie.

2° Femme tabétique, ménopause. Hypertrophie probable de

l'hypophyse chez les deux sujets, coïncidant avec la ménopause et comprimant le chiasma.

Alcoolisation locale des troncs nerveux.

MM. Brissaud, Picard et Tahon ont pratiqué des injections d'alcool stovaïné au contact des troncs nerveux pour névralgie du trijumeau et pour spasme facial selon les méthodes respectives de Lévi, Baudoin et Schlœsser et avec heureux résultats. Ils ont aussi injecté le tronc sciatique dans certains cas de contracture, tremblement et spasme avec résultats encourageants, sauf dans les cas de vieille hémiplégie.

Amyotrophie Aran-Duchenne.

MM. Raymond et Lejonne montrent un malade atteint depuis neuf ans d'une amyotrophie qui semble essentielle, et non symptomatique d'une affection du système nerveux.

Cependant un début d'atrophie de la langue laisserait penser à une sclérose latérale amyotrophique commençante.

Sclérose latérale amyotrophique.

M. Kojesvnikoff rapporte un cas et deux autopsies de cette affection avec localisation musculaire diffuse, montrant qu'on a attribué trop de valeur diagnostique à la distribution radiculaire.

Fonctions du cervelet.

M. Babinski. —Ces fonctions consistent à veiller à la synergie des mouvements et à lutter contre l'inertie. Certains signes cliniques se rapportent à cette dernière fonction : ainsi sont la diadococinésie, la parole scandée, la brusquerie des mouvements, la catalepsie cérébelleuse.

Surdité verbale pure.

M. Lamy. — Femme atteinte à la suite d'un ictus, attribuable à une lésion du lobe temporal.

Localisations motrices médullaires.

Mme Déjerine présente à ce sujet un long mémoire à connaître *in extenso*, un résumé bref ne pouvant en donner aucune idée.

Tumeur comprimant la région psychomotrice.

M. Babinski a fait extirper cette tumeur qu'il avait diagnostiquée comme comprimant sans détruire la zone psycho-motrice, en raison d'une hémiparésie avec aphasie sans exagération des réflexes et sans extension des orteils malgré une certaine raideur des membres à droite. Chose surprenante : pas de céphalée pendant les deux ans de l'évolution de la tumeur.

Les transformations du tube nerveux.

M. Durante. — Tandis que la théorie du neurone assimile la fibre nerveuse à une cellule mésodermique perforée par le cylindre-axe, la doctrine uniciste l'assimile à un neuroblaste segmentaire se différenciant en son milieu pour former la fibrille. A l'état pathologique, la différenciation disparaît, mais peut reparaître lorsque les cellules devenues indifférentes sont de nouveau mises en contact avec un nerf quelconque par la suture. C'est le fonctionnement qui provoque la différenciation. D'autres fois, les neuroblastes redevenus indifférents subissent diverses transformations, conjonctive, myxomateuse, graisseuse, etc.

Fréquence des maladies nerveuses chez les Arabes.

M. Dumollard rapporte des statistiques pour prouver que les maladies nerveuses, sauf peut-être la P. G., sont aussi fréquentes chez les Arabes que chez les Européens.

Hémianopsie double corticale.

MM. Raymond et Galezowski. — Homme, pseudobulbaire, ayant eu plusieurs ictus ; à la suite de l'un d'eux, cécité par double hémianopsie, mais avec conservation de la vision au point de fixation.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance annuelle du 19 juin 1906.

Présidence de MM. G. Rocher et Jules Voisin.

Rapport médico-légal sur l'exercice illégal de la médecine par une voyante.

M. Paul Magnin lit un rapport sur les cas de la voyante de Saint-Quentin. Sa conclusion est qu'il s'agit d'une vulgaire hystérique hypnotisable, ne présentant aucune clairvoyance spéciale ; le sommeil réel de cette femme est simplement le principal élément de son succès auprès de ceux qui viennent la trouver : on voit là un nouvel exemple de la foi qui guérit.

M. Paul Farez cite le cas d'une de ses malades atteinte de manie aiguë et placée dans une maison de santé. A l'aide d'une mèche de cheveux envoyée en cachette par le mari, la voyante fit en termes amphigouriques et contradictoires un diagnostic tout à fait erroné, auquel elle ajoutait, pour cette agitée, une ordonnance de sept produits toniques et stimulants ?

M. Rocher. — Il serait temps de protéger le public contre sa propre crédulité ; des sociétés compétentes comme la vôtre devraient faire connaître directement aux pouvoirs publics que la prétendue clairvoyance est dénuée de toute valeur scientifique.

M. Louis Fabre. — Je ne suis pas d'avis que l'on rende cet

arrêt définitif, j'estime qu'on devrait faire des expériences nombreuses avec chacune de ces voyantes et se prononcer sur son cas personnel et non sur la clairvoyance en général : d'ailleurs, les expériences négatives ont aussi leur valeur.

M. Bérillon. — Depuis de nombreuses années nous avons eu l'occasion d'étudier un certain nombre de somnambules ou prétendues telles qui ont été produites à Paris et présentées comme douées de dons tout à fait exceptionnels. En présence de gens ignorants et crédules, dépourvus de l'esprit de contrôle, les expériences ont souvent l'air de réussir ; faites avec des garanties scientifiques, elles échouent chaque fois. Actuellement, la question est jugée et plus n'est besoin de perdre notre temps à des expériences qui, toujours, dans le passé, ont prouvé que la prétendue lucidité n'existe pas et ne repose que sur des illusions.

M. Félix Régnault. — Il y a quelques années un prétendu liseur de pensées a été étudié à l'Ecole de psychologie. M. Paul Farez a nettement montré qu'il s'agissait non pas d'un liseur de pensées, mais d'un liseur de muscles.

M. Bérillon. — A la stupéfaction générale du monde médical, les juges de Saint-Quentin ont, dans une certaine mesure admis la lucidité de cette voyante, en ce qui concerne la pratique de l'art médical. Mais si, sans avoir étudié l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la matière médicale ou la thérapeutique, cette voyante est capable de se prononcer avec exactitude sur le diagnostic et le traitement des maladies, elle devrait bien aussi, sans avoir étudié le code, les lois ou la jurisprudence, posséder la compétence et l'expérience d'un magistrat de carrière ; aussi nous ne désespérons pas de voir les juges de Saint-Quentin conséquents avec eux-mêmes, recourir à la dite voyante pour rédiger certains attendus ou solutionner des cas épineux soumis à leur juridiction. Il y aurait là un moyen aussi d'éviter les erreurs judiciaires et peut-être d'accélérer la rapidité du fonctionnement de la justice qui, comme chacun sait, est, plus que jamais, atteinte de claudication.

M. Jules Voisin. — Il est bien évident que, si un hypnotisé recevait la suggestion qu'il est devenu président du Tribunal, il n'aurait pas, par ce seul fait, acquis l'aptitude à rédiger des jugements en harmonie avec le code et à connaître les dispositions pénales applicables à chaque espèce. Aussi, pour clore cette discussion, je vous propose de voter la rédaction suivante, qui répond au vœu formulé tout à l'heure par M. Rocher.

La production de l'état hypnotique permet d'obtenir la réalisation d'actes déterminés, l'apparition d'émotions, de sentiments, d'opinions, la modification de certaines modalités du caractère ; mais, en aucun cas, elle ne dote le sujet hypnotisé des aptitudes et de la compétence que peuvent seules donner la science et l'ex-

BOSTON MEDICAL LIBRARY 1122 Tremont

périence. En particulier, pour ce qui concerne l'art médical, la prétendu clairvoyance relativement au diagnostic et au traitement est contraire aux faits bien observés et doit être considérée comme inexistante. (*Cette proposition est adopté à l'unanimité.*)

Méthode hypno-pédagogique, chez les enfants du patronage Rocher (premier résultats statistiques).

M. René Pamart. — Depuis octobre 1905, parmi les enfants et jeunes gens dont j'ai eu à m'occuper au Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence (Patronage Rocher), 24 étaient susceptibles de profiter des bienfaits de la méthode hypno-pédagogique. Les ressources de l'œuvre étant trop limitées, 7 sujets seulement ont pu être conservés au Patronage le temps voulu pour un traitement sérieux. C'étaient 5 voleurs, dont 4 récidivistes, 1 somnambule et un onaniste onychophage, ayant fui le domicile paternel à deux reprises, enfermé à la petite Roquette. J'ai obtenu 5 guérisons complètes, dont le maintien a été confirmé. Un 6e sujet (voleur récidiviste), replacé dans le milieu où il avait commis la première faute, a rechuté après 5 mois de conduite exemplaire. Le 7e cas a été un insuccès complet, insuccès en rapport avec une absence totale du désir de guérir.

M. Jacques Bertillon. — Je regrette que M. Pamart n'ait point donné plus de détails sur le nombre et la durée des séances, la technique employée, les suggestions faites, etc.

M. Bérillon. — Il ne s'agit ici que de statistiques. On ne peut, à propos de chaque cas rapporté ici, répéter un enseignement qui a déjà été fait un nombre considérable de fois et qu'il convient de considérer comme suffisamment vulgarisé. La méthode qui permet d'arriver à des résultats positifs est celle que nous avons proposée progressivement perfectionnée, nous lui avons donné le nom de méthode hypno-pédagogique afin de bien marquer que la production de l'état d'hypnotisme est la condition fondamentale de son succès.

M. Rocher. — Tels qu'ils sont, les résultats obtenus par M. Pamart sont très encourageants et je le prie de bien vouloir continuer à me seconder dans cette voie qui s'annonce comme devant être socialement très fructueuse.

M. Jules Voisin. — Elle sera d'autant plus féconde qu'on agira sur des sujets plus intelligents et, par conséquent, plus aptes à profiter de la méthode.

La technique de la suggestion hypnotique à échéance.

M. Paul Joire (de Lille). — Les règles de la suggestion à échéance sont les suivantes : 1° placer le sujet dans de bonnes conditions pour être mis en état d'hypnose : 2° bien l'hypnotiser en choisissant le procédé qui lui convient le mieux : 3° prendre les

précautions voulues pour bien amener le passage à l'état d'hypnose et le passage de l'état d'hypnose à l'état de veille : 4° faire les suggestions courtes, précises et progressives.

Un nouveau cas de sommeil hystérique.

M. Witry (de Trèves). — M. K. est née en 1889. En août 1900, elle souffre de troubles stomacaux, de douleurs de tête et de ventre. Quinze jours après, surviennent des changements de caractère, des pertes de connaissance, des crises hystériques. En octobre 1900 elle s'endort : l'immobilité et l'anesthésie sont complètes ; les muscles sont en résolution, à l'exception de ceux des mâchoires et des paupières ; on la nourrit par lavements. Le 18 juillet 1901, l'autorité la fait entrer dans un asile. Le 20, elle se met à remuer les membres ; les jours suivants elle a quelques crises, puis apparaissent des mouvements de déglutition ; petit à petit, elle ouvre d'elle-même la bouche, les yeux, elle sourit, puis elle se remet à manger, à marcher, à écrire, à parler. Ce réveil est complet et définitif en janvier 1902.

M. Farez.— De cette observation ressortent plusieurs points intéressants. D'abord le sommeil, au lieu de s'installer d'emblée, a été précédé et préparé par divers troubles somatiques et psychiques, ce qui est le cas le plus fréquent. Mais, contrairement à ce qu'on enseigne, la résolution musculaire a été presque générale, comme par exemple, chez Gésine et chez Argentina. En outre, le réveil n'est pas survenu brusquement ; la restauration des diverses fonctions a été lente, progressive et successive, comme chez Argentina ; le retour à la pleine conscience totale a même, ici, nécessité six mois. Enfin dès le surlendemain du transport dans un asile commencèrent à se manifester les divers signes prémonitoires du réveil ; c'est un nouvel argument propre à nous faire regretter que Marguerite B. (de Thénelles) soit demeurée vingt ans endormie à côté des siens, sans qu'aucune autorité soit intervenue pour provoquer son transfert dans un milieu approprié.

La kleptomanie et son traitement par la suggestion hypnotique.

M. Bérillon. — Certains auteurs ont essayé de traiter des kleptomanes par la suggestion hypnotique ; n'ayant pu réussir dans tous les cas, ils ont exprimé l'opinion que le traitement par la suggestion hypnotique n'avait pas toute l'efficacité que nous lui avions attribuée. Or il faut distinguer. Ces auteurs ont eu à soigner des dégénérés impulsifs, adultes, chez lesquels la kleptomanie revêt le caractère d'une maladie mentale nettement caractérisée. Par contre, l'hypnotisme triomphe habituellement et brillamment quand il s'attaque à ces kleptomanes, jeunes, extrêmement suggestibles, que les mauvaises fréquentations, les mauvais exemples, le goût de la dépense, la passion des voyages et

le défaut de discernement ont amenés à s'emparer du bien d'autrui. Le traitement psychothérapique réveille ou exalte le sens moral, la réflexion, la maîtrise de soi et la volonté. Pour apprécier l'efficacité d'une méthode, il ne faut pas l'appliquer seulement aux cas désespérés où l'insuccès est inévitable ; il faut au contraire y recourir avec discernement et ne pas incriminer la méthode vu que l'incompétence de l'expérimentateur est le plus souvent la seule cause de l'inefficacité du traitement. La preuve en est que nous avons souvent réussi là où d'autres, avant nous, avaient totalement échoué dans l'application de la suggestion hypnotique.

La psychopathologie du vomissement.

M. Paul Farez. — Le vomissement, sous ses différentes formes est, dans son étiologie, sa pathogénie ou sa curation, plus ou moins conditionné par l'immixtion des phénomènes psychologiques. Même quand il dépend d'une cause uniquement somatique, il est justiciable de la psychothérapie, qui permet au malade de résister énergiquement à la sollicitation nauséeuse. La psychothérapie, est tout indiquée et a déjà remporté de brillants succès dans les diverses variétés cliniques du vomissement, en particulier les vomissements naupathiques, gravidiques et post-anesthésiques.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *La mélancolie, étude médicale et psychologique* ; par R. Masselon, *médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), ouvrage couronné par l'Académie de médecine. (F. Alcan, éditeur.)*

Nous possédions déjà de M. Masselon, une excellente monographie : à l'époque où les tentatives d'introduction de la démence précoce dans le cadre psychiâtrique provoquaient d'après discussions dans les milieux aliénistes, il avait su faire de la nouvelle entité morbide une lumineuse mise au point. Aujourd'hui ses qualités de psychologue et de scrupuleux observateur s'affirment de nouveau en une consciencieuse analyse de l'obscur syndrome mélancolique ; et le jugement de l'Académie, qui a couronné ce travail, sera ratifié par tous les psychiâtres. J'essaierai d'en donner ici une analyse sommaire ; mais la lecture seule permettra d'apprécier la profondeur des pages de psychologie.

L'histoire de la mélancolie est retracée rapidement avec ses étapes successives, si confuses jusqu'à nos jours. Il s'en dégage

l'imprécision des doctrines, qui restent encore en désaccord ; désaccord apparent, dit Masselon, car elles ne divergent que sur le point de savoir quelle place on doit attribuer, dans une classification aux états mélancoliques qui ne peuvent rentrer dans aucune affection déterminée. Constituent-ils une forme morbide spéciale ou sont-ils symptomatiques d'états organiques mal connus pour lesquels le terme « mélancolie » n'est qu'une étiquette provisoire ? Mais ce sont les mêmes malades que les auteurs ont en vue, qu'ils parlent de mélancolie pure ou d'état mélancolique dans lequel le syndrome mélancolie constitue le phénomène le plus saillant ; c'est l'opinion de M. Joffroy, ardent défenseur de la mélancolie-syndrome. Et M. Masselon signale la tentative de Krœpelin, défendue en France par Sérieux et Capgras, pour rattacher la mélancolie à un état organique déterminé, l'involution sénile, dont elle serait la conscience qu'en prennent certains sujets.

Pour la description des symptômes, les états mélancoliques sont réduits à deux formes : sans délire ou avec délire, l'anxiété se rattachant le plus souvent à la première, et la stupeur étant la forme extrême de toutes les variétés ; mais ces formes ne doivent pas être conservées comme des réalités morbides. La description s'appuie sur des observations ; on trouve un exemple de chaque idée délirante : auto-accusation, idées de ruine, de persécution, hypocondriaques, de transformation, aboutissant aux idées de négation, décrites par Cotard à tort comme un délire spécial ; les idées de négation portent sur le malade lui-même ou sur le monde extérieur (2 cas) ou bien coexistent. Les hallucinations sont envisagées comme des modes de réaction engendrés par la douleur morale ; elles sont surtout auditives et très rares chez les mélancoliques ; il s'agit souvent de mots, d'idées qui surgissent dans l'esprit et que le malade croit suggérés par des étrangers ; mais il n'y a pas extériorisation de l'image mentale ; ce sont les « idées autochtones » de Wernicke, — état faible, — qu'il faut séparer de l'hallucination, — état fort. — Les signes physiques sont ensuite passés en revue ; au sujet de la toxicité des urines, il est inexact de dire qu'elle est augmentée (Anglade) ; aucune notion ne se dégage encore de leur étude. Les troubles pupillaires sont fréquents, mais variables (Mignot).

Le chapitre III est consacré à la psychologie des mélancoliques. Après avoir fait entrevoir que la mélancolie essentielle des anciens auteurs doit apparaître aussi comme un syndrome, M. Masselon analyse les troubles élémentaires de l'esprit communs à tous les états mélancoliques. Il s'adresse pour cela à des mélancoliques « purs », de façon à avoir des éléments morbides aussi isolés que possible ; mais les résultats sont valables pour tous les cas, le mode de constitution d'un symptôme se retrouvant partout où se trouve le symptôme. Ces troubles de l'esprit sont divi-

sés en 4 groupes : 1° troubles intellectuels ; 2° troubles volontaires ; 3° réactions affectives ; 4° délire.

1° Dans les troubles intellectuels, le phénomène le plus apparent est le *ralentissement psychique*, qui se manifeste par la difficulté de compréhension et d'expression des idées. La compréhension est étudiée chez 4 malades à l'aide d'un *test* (reproduction d'une phrase lue) ; la synthèse s'effectue mal, mais elle est possible lorsque le malade est capable d'effort mental. Les troubles de la synthèse se réduisent aux troubles de l'évocation des idées : l'application de nouveaux tests très intéressants à l'étude de l'évocation des idées permet de conclure dans ce sens, et aussi que « l'évocation très pénible ou impossible hors de la disposition affective, est encore pauvre dans son sein ». Reste à savoir si le trouble de l'évocation est primitif ou le résultat d'une inhibition due à la douleur morale ? Les tests ont déterminé sa direction ; mais elle s'accompagne aussi d'effort mental, d'attention. Il faut donc étudier l'attention qui favorise l'évocation, en créant le monoidéisme, et les éléments simples de celle-ci, les images mentales. L'attention est spontanée ou volontaire. Les troubles de la première ne se différencient pas des troubles généraux de l'activité intellectuelle : elle est nulle lorsque l'activité est nulle (stuporeux) ; et l'activité parfois permet encore un effort qui supplée à l'attention. L'attention volontaire offre à étudier sa fixation et sa continuité. Le pouvoir de fixation est évalué à l'aide d'un test : examen d'une gravure pendant 2 minutes et description écrite des remarques suggérées. Les résultats montrent un affaiblissement parallèle de la faculté de *remarque* et de l'*attention* ; la fixation est d'autant plus faible que la dépression est plus grande et plus proche de la stupeur. La continuité est appréciée par une série de calculs de tête : l'attention n'est soutenue que pendant un temps très court. Mais le mélancolique offre ceci de particulier, qu'il cherche à *fixer* son attention, sauf dans la stupeur ; d'où la nécessité d'admettre, au-dessus de l'attention, certains phénomènes qui la déterminent, les *tendances*. La tendance directrice paraît à Masselon intacte ou à peu près chez les mélancoliques ; l'impulsion motrice seule reste faible ; et le malade, qui peut comparer le résultat obtenu à celui qu'il aurait dû obtenir, en souffre. Suit une fine analyse des tendances, forme d'activité intermédiaire entre l'instinct et le désir, qui conduit à définir l'effort pénible du mélancolique : le sentiment de l'obstacle que les phénomènes dépressifs opposent aux tendances motrices renaissantes. Les images mentales forment des groupes susceptibles de reproduction (souvenirs) ou de désagrégation puis de reconstruction (imagination). Les souvenirs du mélancolique sont conservés en séries, mais le malade ne peut guère dissocier ces séries pour en extraire un souvenir isolé ; il y a effacement des images

mentales et difficulté de reviviscence. En résumé, le ralentissement psychique des mélancoliques se ramène à un trouble d'évocation des idées. Ce trouble ne paraît pas toujours, comme prétend Schüle, la conséquence d'une inhibition créée par la douleur morale (2 observations). Comme troubles intellectuels, il y a encore les troubles de la sensation et de la perception. La sensibilité est presque toujours affectée ; mais il s'agit d'un trouble central plutôt que périphérique, trouble de la perception de l'impression ; les troubles de la perception (imprécision vague, impossibilité de synthétiser) sont la conséquence des précédents (sensation, attention et images).

2° Dans les troubles volontaires, les phénomènes moteurs sont caractérisés par la faiblesse des impulsions motrices, décelée par le dynamomètre, l'écriture, etc. Tous relèvent de l'aboulie et, comme les précédents, sont d'origine centrale (affaiblissement des images motrices). L'aboulie est conditionnée par le trouble des éléments psychiques qui concourent aux actes ; la synthèse mentale est affaiblie.

3° Les réactions affectives constituent le caractère même de la mélancolie : le malade souffre. Mais il faut considérer dans cet état deux choses : l'anxiété, paroxystique, et la dépression, continue. Comme M. Dumas, Masselon étudie séparément ces deux états : 1° la tristesse passive est constituée par les sentiments liés aux modifications organiques et par la conscience du déficit psychique ; 2° les états aigus sont la douleur morale et l'anxiété. La première est composée d'une série de sentiments plus simples, inquiétude, crainte, dégoût, etc., et atteint son paroxysme dans l'anxiété. Celle-ci se manifeste par un sentiment d'oppression, de gêne extrême, l'angoisse. L'anxiété est-elle secondaire à des idées délirantes ? Bien souvent, au contraire, la douleur est antérieure au délire ; elle a pour origines les troubles de la cœnesthésie et l'arrêt psychique (Séglas). C'est le sentiment d'incapacité qui fait souffrir le malade ; et Masselon explique l'inquiétude par la résistance aux *tendances* (analysées plus haut) ; les mélancoliques souffrent à cause du relèvement de leurs tendances, en raison donc de leur activité même, en face de leur arrêt mental. Certaines crises anxieuses cependant naissent spontanément et échappent à cette explication.

4° Le délire mélancolique est toujours secondaire à la douleur morale, dit Masselon avec Dumas. Il est très pauvre, monotone ; son analyse, basée sur des observations, conduit à le considérer comme un délire *affectif* plutôt qu'*idéatif* ; c'est un délire d'attente, a-t-on dit. Il ne doit pas s'expliquer par la théorie de la justification, qui n'intervient qu'à titre d'explication secondaire ; il ne s'agit pas d'un raisonnement *logique*, mais *affectif*. Et si certains mélancoliques délirent et d'autres non, c'est parce que

le délire croît d'autant plus que l'état affectif est plus puissant ; il apparaît lorsque l'état affectif accapare toute la personnalité. Ce qui le caractérise, c'est, d'une part, l'extension de l'élément affectif, et, d'autre part, l'obscurcissement des représentations adéquates à la réalité. Suit l'étude psychologique détaillée des principales idées délirantes : 1° de transformation ; 2° de négation ; 3° de domination et de possession ; 4° d'indignité et de culpabilité ; 5° d'expiation et de damnation ; 6° de persécution ; ces dernières sont rares. Elles naissent toutes de l'état affectif ; l'esprit relie ces conceptions secondairement, et secondairement le délire vient renforcer et justifier l'état affectif.

Le chapitre IV traite du diagnostic. Le caractère primordial de la mélancolie, c'est le ralentissement psychique, la difficulté d'évocation spontanée des représentations, un sentiment pénible d'impuissance et de la douleur morale, fonds sur lequel se greffent des idées délirantes auxquelles le malade se résigne ou réagit par le suicide. L'auteur passe en revue les états qui simulent la mélancolie : par la dépression ou la stupeur, par l'anxiété, par les idées délirantes.

Au point de vue étiologique, il convient d'envisager : 1° les états mélancoliques liés à des affections mentales ; 2° la mélancolie pure de certains auteurs, que Masselon appelle, avec de Fursac, mélancolie *affective*. Les premiers se rencontrent surtout dans : la dégénérescence mentale, la démence précoce, la folie périodique, la neurasthénie, la paralysie générale, et les psychopathies organiques ; leur description réciproque est passée rapidement en revue. Quant à la mélancolie affective, essentielle des anciens auteurs, elle constitue le gros problème : est-elle vraiment essentielle, ou n'est-elle pas plutôt un syndrome à rattacher à d'autres cadres morbides ? C'est ce problème que Masselon essaie de résoudre, par la description minutieuse de l'affection et la recherche de ses causes et de sa nature. Il expose la théorie de Krœpelin-Sérieux et Capgras (involution sénile) et bien que cette conception rentre à bien des égards dans la sienne, elle ne lui semble pas résoudre toutes les questions. Pour Krœpelin, toutes les mélancolies qui ne relèvent pas de l'insénescence appartiennent à la folie maniaque-dépressive, à la démence précoce, à la folie des dégénérés, ou à l'hystérie. Masselon est conduit à admettre au contraire une mélancolie affective avant l'âge de 45 ans et ne relevant d'aucune de ces formes ; et, dans les mélancolies d'involution, il en est qui ne sont que des modalités de la démence sénile, tandis que les autres sont des cas de cette mélancolie affective qui se produit aussi à un âge moins avancé et qui ne peuvent en être différenciés. De plus, les phénomènes d'involution ne sont pas le seul facteur ; il y a des causes morales, des causes pathologiques (infections, ménopause, maladies

du foie). De sorte que la conception de M. Joffroy paraît la plus réelle : la mélancolie affective ou essentielle est un syndrome, qui n'est fonction d'aucune de ces causes, mais bien le résultat de 2 facteurs : un cerveau prédisposé et un état organique réalisé à la suite des causes énumérées et d'autres inconnues, toutes causes déprimantes et créatrices d'épuisement cérébral. Et si ces troubles somatiques peuvent engendrer un état *psychique*, ce n'est pas seulement parce qu'ils produisent « l'état cœnesthésique pénible » ; la possibilité du délire oblige à penser à un nouvel ensemble de causes, que l'on peut désigner sous le nom de prédisposition, sans préjuger de sa nature : c'est grâce à elle que la dépression pourra engendrer un délire. La mélancolie apparaît comme le retentissement sur un cerveau prédisposé de certains troubles organiques caractérisés par le ralentissement des fonctions physiologiques normales. Cette conception permet de ne plus voir dans la mélancolie une entité morbide, mais un état dû à de nombreux facteurs et réalisable dans des affections différentes. Il n'y a que des *états mélancoliques*, les uns rattachés à des groupes morbides connus, les autres encore isolés, parce que la pathologie mentale est encore une terre fort peu connue. Un dernier chapitre décrit les traitements.

Tel est le nouveau travail de M. Masselon ; j'aurais voulu être plus concis dans son analyse ; mais il est si documenté et captivant, qu'on ne saurait en donner une idée en peu de mots ; encore ce compte-rendu est-il fort imparfait et l'ouvrage doit être lu. Il vient à son heure ; il était nécessaire. E. Coulonjou.

VARIA

Condamnés atteints d'aliénation mentale et d'épilepsie placés dans les établissements d'aliénés.

Le Ministre de l'Intérieur,
à Messieurs les Préfets,

La fermeture prochaine du quartier de Gaillon, réservé aux condamnés atteints d'aliénation mentale ou d'épilepsie, me fait un devoir d'appeler votre attention sur les mesures que vous devrez prendre, à l'avenir, lorsque vous serez appelé à prononcer l'admission dans les établissements d'aliénés de malades relevant du service pénitentiaire.

Dès que vous serez saisi d'une demande de cette nature, vous devrez faire visiter l'aliéné détenu par un spécialiste désigné par vos soins, et c'est sur le rapport formel qui vous sera présenté par ce praticien que votre arrêté de placement pourra être pris.

Le médecin spécialiste à qui vous aurez confié cette mission délicate devra s'entourer de toutes les garanties, en vue d'éviter le placement de condamnés qui simulent la folie pour échapper au régime rigoureux de la prison, et surtout dans l'espoir de recouvrer leur liberté, l'évasion étant plus facile d'un asile que d'une prison.

Aussi votre mandataire devra-t-il exiger, s'il le juge utile, le maintien en observation dans l'établissement pénitentiaire de tout aliéné pour lequel quelques doutes subsisteraient, et vous devrez vous refuser également à prendre un arrêté de placement qui ne vous semblerait pas absolument justifié.

D'autre part, dès que votre décision sera intervenue, en vue du placement du condamné aliéné, il est indispensable que vous fassiez connaître la situation exacte du malade au Directeur de l'établissement, et que vous l'invitiez à le mettre en observation pendant un certain temps, en lui recommandant de prendre des mesures spéciales pour éviter une évasion, et empêcher le nouvel interné de nuire aux autres malades.

Le Directeur de l'établissement d'aliénés ne devra pas oublier qu'au point de vue médical et humanitaire, il ne se trouve pas en présence d'un condamné mais d'un malade et qu'il doit l'entourer de soins ; mais, d'un autre côté, il faut qu'il sache également que ce malheureux, dès qu'il le croira guéri, ne peut être maintenu à l'asile et doit être réintégré immédiatement à l'établissement pénitentiaire pour y subir le reste de sa peine.

Il est important que vous soyez renseigné très fréquemment sur cette catégorie spéciale de malades et il est indispensable, en outre, que M. le Procureur de la République, lors de sa visite réglementaire, soit toujours tenu au courant de tous les condamnés qui y sont hospitalisés afin qu'il puisse leur faire subir, s'il le juge utile, un interrogatoire spécial.

Vous voudrez bien veiller à l'exécution des présentes instructions et m'en accuser réception.

Pour le Ministre de l'Intérieur :
Le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,
MIRMAN.

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

(Milan, 26-30 septembre 1906.)

Première séance, 26 septembre 1906

Proposition de M. le Dr FRANCK, de Zürich.

Appel en faveur de la fondation d'un institut international ayant le but d'établir et de combattre les causes des maladies mentales.

Le progrès considérable qui s'est vérifié récemment dans le do-

maine des études de psychiatrie a été extrêmement avantageux à la connaissance des tableaux cliniques des maladies mentales et des méthodes pour les soigner ; mais nous sommes presque entièrement dans l'obscurité à l'égard de leur origine et des causes de leur diffusion.

Ce désaccord est dû, en partie au moins, au fait que, tandis que toute la série de questions importantes qui se rapportent à la diagnostique et à la thérapie des maladies mentales peut être analysée et développée grâce aux études de savants possédant chacun de son côté les moyens spéciaux de se dédier aux problèmes dont ils poursuivent la solution : — la clarté scientifique à l'égard de la prophylaxie et de l'étiologie des maladies mentales ne peut naître, au contraire, que de la coopération consciente d'un grand nombre de chercheurs se vouant de conserve à développer les différentes parties de ce problème si compliqué.

Nous, médecins aliénistes, qui observons de jour en jour la misère des plus malheureux d'entre nos semblables, nous sentons bien que nos asiles ne sont pas tout à fait de nature à satisfaire les exigences de notre conscience. — Même si l'on y pourvoit de la manière la plus humaine aux aliénés, le sort de ces malheureux privés de la liberté personnelle, exclus du reste de la société, reste bien dur, malgré les asiles monumentaux, malgré l'intimité de l'assistance familiale, malgré les soins assidus des spécialistes les plus distingués. Et cette condition qui leur est faite, ne se bornant pas à leur personne, jette bien souvent une ombre sur les familles mêmes des malades. Or, ce qui nous préoccupe c'est la considération que les sommes d'argent, en accroissement continuel, que l'on dépense à l'aveugle tous les ans pourraient être bien plus avantageusement consacrées à la recherche des véritables causes de ces maladies.

Des catastrophes comme celle de Courrières, des pays vésuviens, de San Francisco de Californie, font trembler le monde d'horreur pendant un instant ; ensuite bien peu de gens y pensent encore, car vis-à-vis d'elles nous sommes conscients de l'impuissance absolue de l'homme. Mais de même, l'on s'accoutume trop facilement à l'inexprimable misère produite par les maladies mentales ; et l'on paye sans hésiter et sans réfléchir les contributions — toujours plus lourdes — au moyen desquelles le reste du monde veut être garanti que les aliénés seront renfermés dans les Instituts créés dans ce but. Pourtant ces malheurs ne sont pas comparables à ceux de San Francisco ou de Courrières, aussi bien pour le nombre des victimes, que parce que les voies de la recherche scientifique sont ouvertes pour combattre les maladies en question, et les efforts de tant de chercheurs qui, isolés ou en groupes, travaillent avec audace, peuvent nous rapprocher toujours d'avantage du but idéal de délivrer l'humanité du plus terrible de ces fléaux.

Ces efforts techniques des savants ne sauraient, toutefois, atteindre leur but sans la coopération de personnes généreuses à l'âme compatissante, disposées à favoriser la conquête des buts si élevés de notre recherche.

Notre devoir le plus immédiat, en effet, est celui de recueillir la plus grande quantité possible de matériel à étudier, ensuite de le ranger selon des critériums scientifiques qui nous permettent de l'utiliser au point de vue de la prophylaxie. C'est alors, nous en sommes bien sûrs, que même les Gouvernements des différents pays pourront prendre en toute connaissance de cause des mesures qui rapprocheront l'humanité d'une destinée plus heureuse.

Que cet idéal soit proche à être atteint est un espoir légitime, d'abord parce que toutes les méthodes scientifiques modernes nous poussent dans la direction de la prophylaxie ; — puis parce que cette conviction est entrée désormais dans la conscience de tout homme d'Etat, que la santé d'un peuple est la condition première de son activité et de son progrès économique. Dans la lutte économique entre les Nations, celle-là gagnera la partie qui aura mieux su pourvoir à la conservation, à l'augmentation et au rétablissement de la santé de chacun des individus, aussi bien que de la population dans son ensemble.

Le Programme ci-joint, — tout en gardant comme but final *la fondation d'un Institut International pour établir et combattre les causes des maladies mentales*, — se propose d'indiquer l'ordre des travaux auxquels il faut s'appliquer dès l'abord ; mais déjà il laisse entrevoir la nécessité de toute une série de recherches supplémentaires dirigées contre les autres causes de tout genre de maladies mentales.

Le Congrès nommera un *Comité international* qui tâchera d'assurer à l'œuvre commune la coopération des Gouvernements des différents Etats, et ce comité s'adressera, soit directement, soit par l'intermédiaire de sous-comités, aux savants de toutes les Nations, pour leur indiquer quelle partie du travail leur est assignée, et pour coordonner le travail qu'ils auront accompli.

Par intervalles réguliers, enfin, que l'on pourrait faire coïncider avec les successifs *Congrès internationaux pour l'Assistance des aliénés*, chaque Comité fera son rapport sur le progrès des travaux et sur leurs résultats, et l'on délibérera suivant quelles règles les travaux devront être continués.

Docteur Frank.
(Zürich).

PROGRAMME

I. *Généralités*. 1° Recherches sur la progression numérique des maladies mentales, et aussi de certaines formes spéciales de maladies mentales chez les différents peuples. 2° Recherches sur la

présence ou l'absence de telle ou telle autre forme d'aliénation chez tel peuple civilisé ou non. 3° Recherches des causes de ces phénomènes. 4° Recueil et choix du matériel regardant l'apparition de forme d'aliénation mentale chez les animaux.

II. *Hérédité.* -- 1° Il faudra recueillir et classifier tout le matériel existant ayant trait aux questions d'hérédité des maladies mentales ou nerveuses : ce matériel sera ensuite complété par sa libre comparaison avec tout nouveau matériel de ce genre regardant les peuples civilisés ou non. De même pour le matériel relatif à l'hérédité chez les animaux.

2°. Lois de l'hérédité. Cette étude ne sera possible que moyennant l'examen du vaste matériel offert par l'histoire clinique d'entières descendances de famille. Une partie de ce matériel peut-être se trouverait dans les archives des plus anciens asiles de petites villes et l'on pourrait le compléter par des recherches successives, pratiquées avec l'aide de médecins, d'ecclésiastiques d'autorités municipales, etc., dans le but de tirer de ces recherches un résultat utile pour les générations à venir. — Puisque la vie d'un seul chercheur est trop courte pour qu'il arrive à suivre personnellement les transformations héréditaires de plusieurs générations. — il faudrait que l'état civil des gens, qui à l'heure actuelle revêt un caractère presque exclusivement statistique, fiscal et policier, fût organisé selon des principes scientifiques et restât sous la prudente surveillance d'un médecin. Ce ne serait qu'après avoir obtenu, par cette méthode, des résultats nettement scientifiques que l'on pourrait établir une prophylaxie sanitaire populaire, capable d'être réglée par des normes législatives.

3° Conditions héréditaires de certaines formes spéciales d'aliénation sur la base d'un très vaste matériel. — 4° Conditions de la régénération. — 5° Effets des combinaisons de dispositions psychopathiques héritées. — *a*) directement, par des toxiques ou non (syphilis, tuberculose, fièvre thyphoïde, vérole, etc., troubles, alcool, morphine, opium haschich, etc.) — *b*) indirectement, par suite de l'intoxication des cellules germinales par des toxiques organiques ou non. — Il faut remarquer qu'on est justement en train de rédiger des statistiques comparatives qui établissent l'importance du germe héréditaire des psychopatiques en rapport avec celui qui existe chez les personnes normales. (*Cfr. les travaux de Koller et de Diem*).

III. *Alcoolisme.* — 1. *a*) Recueil et classification de tout le matériel scientifique existant ayant rapport à l'influence perturbatrice de l'alcool sur le plasma organique, — 1. *b*) Etude de cette influence dans les familles et les communautés des peuples civilisés ou non, et chez les animaux. — 2. *a*) Prédisposition aux maladies, et surtout aux maladies mentales et à l'imbécillité, chez les individus directement ou indirectement atteints par l'alcoolisme.

— 2. *b*) Rapport entre l'alcoolisme et le crime. — 2. *c*) Rapports entre l'alcoolisme et la pauvreté. — 3. Comparaison des dommages causés par l'alcoolisme dans les différents Etats avec la valeur produite par le trafic de l'alcool. — 4. Diminution de la force productive à cause des ravages produits par l'alcoolisme. — L'habitude de boire des alcooliques chez les peuples civilisés et non civilisés et l'apparition des maladies en général et en particulier, différence entre les formes de ces maladies chez les gens qui boivent et chez les gens qui ne boivent pas.—6. Effets de l'opium et des autres poisons sociaux. Effets analogues en Chine et aux Indes dus à l'empoisonnement par l'opium, en Orient, à l'empoisonnement par le haschich, et chez nous par la morphine.

IV. *Syphilis.* — 1. Recherche des effets directs et indirects de la syphilis sur le système nerveux central. — 2. Organisation du matériel concernant les aliénations mentales causées par la syphilis. 3° *a*). Effets de la contagion syphilitique chez les individus, les familles, les communautés et les Etats. — 3 *b*). Apparition et conséquences de la contagion syphilitique chez les peuples non civilisés. — 4. Apparition et conséquences de la contagion syphilitique chez les peuples adonnés à l'alcool. — 5. Etudes sur le nombre des victimes annuelles de la syphilis dans les différentes communes et les différents Etats. — 6. Comparaison entre les différents effets de la syphilis sur le cerveau, ayant trait à la capacité de travail plus ou moins grande de cet organe permise par cette infection, en rapport surtout avec la paralysie progressive.

D'après le règlement, les séances du Congrès ne sont accessibles qu'aux membres adhérents au Congrès et aux représentants des divers Gouvernements. Le droit d'admission au Congrès est fixé à 20 francs, qui devront être envoyés au Secrétaire Trésorier Dr Piero Gonzales, 14, via Leopardi Milan. Les souscripteurs deviendront Membres adhérents et recevront gratuitement le volume des Comptes rendus du Congrès, ainsi que les Rapports imprimés qui seront distribués avant l'ouverture du Congrès. A l'exception des Rapporteurs, aucun orateur ne pourra occuper la tribune pendant plus de dix minutes ou, avec l'agrément du Président, pendant un quart d'heure. Aucun des membres du Congrès ne pourra prendre la parole plus de deux fois dans la même discussion ; toutefois le Rapporteur d'une question aura toujours le droit de prendre la parole le dernier. Quatre langues sont officielles pour le Congrès, l'italien, l'allemand, l'anglais et le français. Le Comité pourtant aimerait voir adopter la langue française pour les discussions.

SECOND CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE.

(Bruxelles, 29 au 31 août 1906)

Le prix de la cotisation est de 10 francs. Envoyer les adhésions

à M. le Dr Massaut, secrétaire général, médecin directeur de la colonie d'aliénés de Lierneux. Les praticiens de toutes nationalités peuvent faire partie de ce Congrès ; la seule restriction imposée est l'usage d'une des langues usitées en Belgique. (Voir le programme détaillé, no de juin, page 511.)

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. *Mouvement de juin* 1906. — Par voie de régularisation (décret du 14 août 1905), le traitement de M. le Dr Coulonjou, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Alençon, est élevé de 3.000 fr. à 3.500 fr. à dater du 1er avril 1906. — M. le Dr Bourdin, médecin en chef à l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe) est promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr Lwoff, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, promu à la 1re classe du cadre.

Mouvement de juillet. — M. le Dr Chardon, médecin en chef à Armentières (Nord), promu à la 1re classe ; — M. le Dr Chocraux, médecin en chef à Bailleul, promu à la 2e classe ; — M. le Dr Maupaté, directeur médecin à la Charité (Nièvre), nommé médecin en chef à Bailleul (Nord), poste créé ; — M. le Dr Levet, médecin en chef à Aix (B.-du-Rhône), nommé directeur médecin à la Charité (Nièvre) ; — M. le Dr Lalanne, nommé médecin en chef à Maréville (Meurthe-et-Moselle), poste créé ; — M. le Dr Toy, médecin-adjoint à Braqueville (Hte-Garonne), nommé médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône).

Revue philosophique ; Sommaire, du no de juillet 1906. (31e année). — Lévy-Bruhl. La morale et la science des mœurs. — Sageret. La commodité scientifique et ses conséquences. — Dupraz. Contre l'intellectualisme en psychologie. — L. Dauriac. Un historien de la philosophie grecque : Th. Gomperz. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. Abonnements du 1er janvier : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison : 3 fr. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Un accident nous oblige à ne mettre que quatre feuilles dans ce numéro.* **Le numéro d'août aura six feuilles.**

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. XXII. Août 1906 N° 128

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Hémiagénésie cérébelleuse ; agénésie partielle du corps calleux et du lobe limbique ; anomalies des circonvolutions cérébrales ;

Par Ch. BONNE
Médecin adjoint à l'asile de Braqueville.

Les cas d'atrophie d'un des hémisphères cérébelleux sont relativement assez rares. Celui que nous rapportons ici nous a paru digne d'être publié malgré l'absence d'examen microscopique, car l'agénésie, strictement limitée à l'hémisphère gauche, respectait totalement le flocculus ; il existait en outre des arrêts de développement de diverses portions du télencéphale, en apparence indépendants, du moins dans l'état actuel de la science, de la malformation du cervelet.

Des., Georges-Joseph, garçon boucher, entra à l'âge de 26 ans dans un asile de la Seine pour « épilepsie avec attaques rares et débilité mentale ». Il savait lire et écrire. Quelques mois après l'entrée, il présenta du « délire inconscient », des « troubles intellectuels ». Interné ultérieurement à l'asile de Braqueville, il ne manifesta pas d'idée délirante ; il s'y montra docile, tranquille, et prenait volontiers sa part de toutes les corvées du quartier.

Les crises convulsives devinrent peu à peu plus rares, mais il avait assez fréquemment des vertiges non accompagnés de chute. Il présentait souvent des sueurs profuses, généralisées, mais particulièrement nettes à la face où elles survenaient à la moindre émotion, et, pour ainsi dire, au commandement.

Jamais le moindre symptôme de lésion cérébelleuse ; nul trouble de l'équilibre ou de l'orientation. Le crâne était asymétrique

mais l'asymétrie n'était pas plus prononcée dans la région frontale que dans la région occipitale. En 1904, le malade offrit quelques symptômes de tuberculose pulmonaire qui s'amendèrent au bout de deux à trois mois. L'année suivante, les crises devinrent plus fréquentes ; les chutes se produisaient indifféremment d'un côté ou de l'autre. Mort le 2 septembre 1905, en état de mal. Il va sans dire qu'aucune des multiples lésions constatées à l'autopsie n'avait été diagnostiquée.

Etude anatomique.— L'hémisphère cérébelleux droit (*fig.* 4 à 7) est normal : à l'œil nu, les lamelles présentent leur épaisseur, leur consistance, leur stratification

FIG. 4. — Face gauche du cervelet ; *fl*, flocculus ; *ol*, olive bulbaire ; V, trijumeau ; *v*, vermis.

habituelles : les sillons qui les séparent sont réduits à des fentes très difficiles à distinguer. On reconnaît facilement le grand sillon circonférenciel et les deux grands sillons supérieur et inférieur. Le bord supéro-interne est oblique en avant et en dedans. Sur la face interne, vaguement quadrilatère, on distingue les lobules digastrique et semilunaire, dont les lamelles se continuent sur la face supérieure. Le vermis est en grande partie fusionné avec l'hémisphère droit, dont il est difficile à distinguer sur l'organe entier ; ses diamètres vertical et antéro-postérieur sont de plus très réduits.

L'*hémisphère cérébelleux gauche* est réduit à un petit lobule (*fl.*, *fig.* 4) du volume d'un pois, à lamelles bien distinctes, implanté sur la face latérale gauche de la protubérance, au-dessous et en arrière du trijumeau, au-dessus et en arrière du facial et de l'auditif. On voit sur la figure 4 la face externe de la protubérance, limitée en bas par un bord oblique en arrière et en haut, à l'extrémité postérieure duquel est situé le petit lobule respecté par l'agénésie de l'hémisphère gauche, et qui

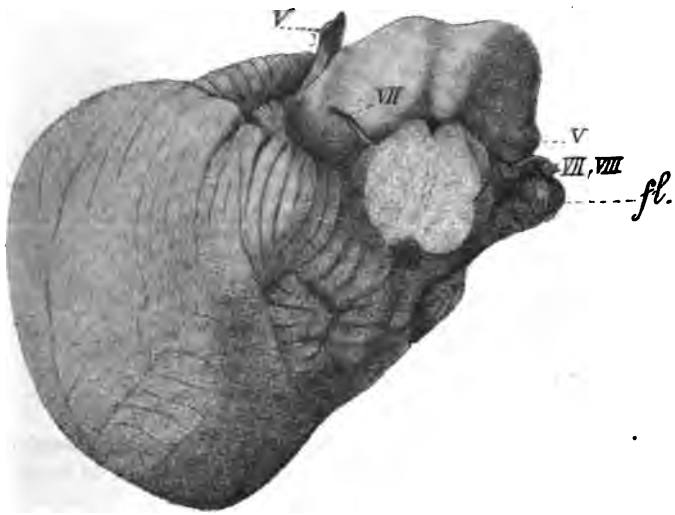


FIG. 5. — Face inférieure du métencéphale.

n'est autre que le flocculus. De la partie postérieure de la base de ce dernier, part un volumineux faisceau blanc (*fig.* 4 et 5), concave en bas et dont le bord supérieur soutient quelques lamelles situées entre le flocculus et le vermis ; son bord inférieur, libre sur toute son étendue, forme la limite supérieure d'une vaste anfractuosité largement ouverte à gauche et au fond de laquelle on aperçoit la face postérieure, régulièrement conformée, du bulbe et de la protubérance. Ce

faisceau blanc, qui remplace les trois pédoncules cérébelleux gauches, est recouvert d'une membrane épaisse continue avec la pie-mère cérébelleuse et masquant le plancher du quatrième ventricule. La cavité du cerveau postérieur est en outre beaucoup plus étendue d'avant en arrière qu'à l'état normal ; sa paroi supérieure est formée, en dedans du faisceau blanc qui aboutit au flocculus gauche, par le vermis, très aplati de haut en bas.

L'*olive bulbaire gauche* est normale ; la saillie de l'*olive droite* est totalement absente. Les deux pyrami-

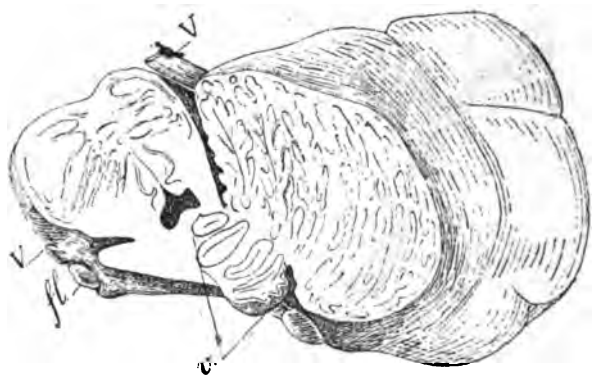


FIG. 6. — Coupe de la protubérance et du cervelet, intéressant, sur toute sa longueur, le faisceau blanc étendu en arrière du flocculus gauche.

des bulbaires présentent à peu près les mêmes dimensions : pourtant, dans la protubérance, la région du pied est beaucoup moins développée à droite qu'à gauche (*fig.* 6 à 8). *Sur coupes*, l'olive gauche présente sa configuration ordinaire ; l'olive droite est réduite à une petite stric claire, courte et non festonnée, à peine visible à l'œil nu ; le pied du pédoncule cérébral droit ne représente guère en étendue que la moitié ou le tiers du pédoncule gauche. Le noyau rouge droit est difficile à distinguer à l'œil nu, et paraît, en tout cas,

beaucoup moins développé que le gauche. Dans le cervelet, le noyau denté (droit) est normal ; le vermis se montre formé de cinq lames caractérisées par leur direction transversale (*fig.* 4, 6 et 7, *v*) ; il ne semble présenter que des connexions de contiguïté avec le large faisceau blanc qui est visible sur la face gauche du cervelet et dont l'extrémité postérieure se perd dans l'épaisseur de l'hémisphère droit (fig. 4).

Fig. 7. — Coupe intéressant la protubérance à 5 mm. environ au-dessous de la précédente. Le faisceau blanc est interrompu ; on voit en dedans de lui le plancher du 4e ventricule ; *n d*, noyau denté.

Les *hémisphères cérébraux* (*fig.* 8 à 13) présentent, outre de multiples anomalies asymétriques des circonvolutions, une déformation de leurs extrémités postérieures (*fig.* 8) en rapport avec l'asymétrie du cerveau postérieur. L'hémisphère droit pèse 420 gr. (après durcissement au Müller et ablation des méninges) et a

145 mm. de longueur ; le gauche pèse 450 gr. et mesure 152 mm. A droite, le lobe temporal présente une réduction notable ; le pôle occipital est situé à un centimètre en avant de celui du côté gauche ; le bord

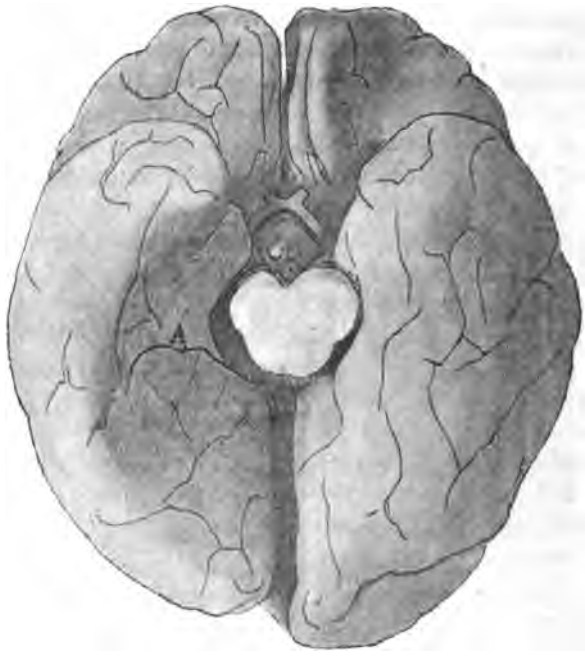


FIG. 8. — Déformation de la face inférieure du cerveau due à l'asymétrie du métencéphale. Le lobe temporal droit est fortement déprimé et forme une sorte de calotte coiffant l'hémisphère cérébelleux ; le lobe temporal gauche est au contraire régulièrement arrondi de dedans en dehors.

On remarque en outre sur cette figure l'anfractuosité sulciforme (A) décrite sur la face interne de l'hémisphère droit et l'asymétrie des pédoncules cérébraux, dont le pied est beaucoup plus développé à gauche qu'à droite.

inféro-interne du lobe occipital est remplacé par un plan oblique et la partie inférieure de ce lobe est plus élevée qu'à gauche : l'hémisphère droit présente ainsi une vaste dépression qui loge en partie la masse céré-

belleuse, c'est-à-dire l'hémisphère cérébelleux unique (droit), assez fortement déjeté à gauche grâce à l'obliquité de l'axe du mésencéphale et du métencéphale.

Le *corps calleux* est représenté par une lame blanche, de 1 mm. à 1.5 environ d'épaisseur (fig. 10, 12 et 13) dans sa moitié antérieure, qui s'amincit graduellement dans sa moitié postérieure ; au niveau du point le plus élevé du relief formé sur le thalamus par les stries habénulaires, cette lame se bifurque à angle très aigu, et les deux lames divergentes qui lui font suite, laissant à nu les pulvinars, se perdent bientôt dans le sinus calleux correspondant : on distingue à leur face supérieure de légères saillies longitudinales représentant les nerfs de Lancisi. Le trigone est normal ; à la place du septum lucidum, dans la courbe formée en avant du *trigone* par la lame blanche représentant le corps calleux, est une masse épaisse, formée de fibres (fibres calleuses ?) et dont l'ablation permet de voir la face interne de la tête du noyau caudé. La *commissure blanche antérieure* (*c.o.a*, *fig.* 10, 12 et 13) est normale et facile à suivre par la dissection jusque dans la capsule sous-lenticulaire. La commissure blanche postérieure est normale.

Les malformations des *circonvolutions cérébrales* sont si nombreuses et si complexes qu'il est impossible de saisir leurs rapports génétiques réciproques et de les rattacher toutes à un même processus, même en faisant appel aux données de la morphogénèse et en s'aidant des vues originales de Brissaud (*Anat. du cerveau de l'homme*, texte, p. LXXIII), sur les suppléances réciproques des plis et des sillons.

Hémisphère droit. — *Face externe* (*fig.* 9). — A la limite des tiers antérieur et moyen est une anfractuosité à peu près verticale qui échancre profondément le bord supérieur de l'hémisphère. La situation de cette anfractuosité, sa direction, sa configuration, sont évidemment tout autres que celles de la scissure de Rolando,

de plus, elle se continue sur la face interne jusqu'au corps calleux: malgré les anomalies de la scissure de Sylvius, on est porté de prime-abord à considérer comme étant la scissure rolandique le sillon marqué *p. o. r.* sur la figure 9, d'autant plus que l'absence du segment oblique ascendant du sillon calloso-marginal prive d'un des points de repère les plus utiles pour la détermination de la scissure centrale (Brissaud, *Anat. du cerveau de l'homme*, texte, p. LXXV). Mais le sillon situé en arrière de la grande anfractuosité (marquée R ? sur la fig. 9), quoique plus éloigné du pôle antérieur de l'hémisphère, ne peut cependant être considéré comme la scissure de Rolando à cause de ses rapports topographiques avec la région de l'insula. L'hypothèse la plus simple paraît donc être celle qui est indiquée par la notation de la *figure* 9. On remarquera que les sillons pré-et post-rolandiques (*pr*, *prs*, *pri* et *por*) s'abouchent dans la scissure de Sylvius, dont le dernier paraît même continuer directement l'extrémité postérieure ; de plus, ces sillons sont chacun indivis sur toute sa longueur, anomalie, il est vrai, très fréquente, et le prérolandique est en outre déformé par un processus de rétraction qui intéresse et défigure complètement les trois frontales antérieures ; on voit aussi que F2 est dédoublée sur presque toute sa longueur.

La conformation des lobes pariétal et occipital est également d'une interprétation délicate en l'absence des points de repère habituellement fournis par la région rolandique, l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, la pariéto occipitale; celle-ci n'atteint pas le bord supérieur de l'hémisphère (*fig.* 9 et 10). On pourrait à la rigueur considérer la portion postérieure de la scissure de Sylvius (portion non ombrée sur la *figure* 9) comme étant le sillon que Brissaud (*l. c.*, p. LXXIII à LXXV) appelle l' « incisure du lobule pariétal inférieur » et qui est fourni, tantôt par le sillon parallèle (*Ibid.*, schéma 42, *ipi*), tantôt par le sillon interpariétal

(schéma 43). Le sillon marqué *p o r i* ? représenterait alors l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius ; le gyrus supra-marginal serait naturellement plus étendu d'arrière en avant. Mais cette manière de voir cadre difficilement avec la continuité parfaite de la scissure de Sylvius (*S*) avec le sillon, à la vérité peu profond, marqué *Sp* dans la fig. 9 ; elle soulèverait en outre diverses objections secondaires.

Le pli courbe (*Pc*) étant repéré à l'extrémité posté-

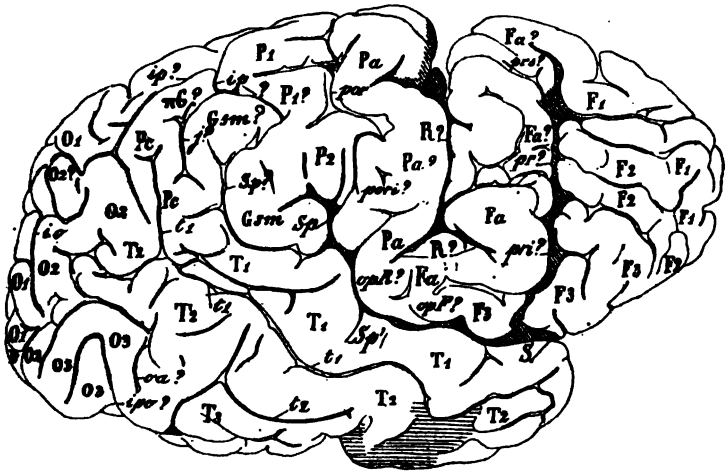


FIG. 9. — Face externe de l'hémisphère droit. Nomenclature de Déjerine, comme pour les figures suivantes.

rieure du sillon parallèle (*t1*), on peut fixer aux points marqués *G s m* et *o p P2*, le lobule du pli courbe (gyrus supra-marginal) et l'opercule pariétal. Mais, dans cette hypothèse, qui paraît pourtant la plus plausible, le pli courbe ne présente pas ses rapports habituels avec la pariéto-occipitale (laquelle, d'ailleurs, n'atteint pas la face externe) et l'on cherche vainement les plis verticaux de Gromier sur le trajet du sillon interpariétal (π *G* ?).

Le lobe temporal (légèrement endommagé pendant le durcissement au point occupé par des hachures) ne

présente pas d'anomalie notable sur la face externe. Il est très aplati de haut en bas, et, sur l'hémisphère en place, son diamètre vertical dépasse à peine l'épaisseur de T^1. La face supérieure de celle-ci présente une partie antérieure horizontale et une partie postérieure à peu près verticale ; l'une et l'autre se continuent directement en dedans avec les portions correspondantes des lobes frontal et pariétal : l'insula n'est donc pas différenciée en lobe distinct, mais la partie antérieure de la face supérieure de T^1 offre deux sillons antéro-postérieurs très profonds, et sa partie postérieure présente deux sillons dont l'un part de la profondeur de la région insulaire et vient émerger en *Sp'* et dont l'autre (*Sp* ?), beaucoup plus superficiel, vient, sur la face externe, se terminer dans le gyrus supra-marginal.

Face interne (*fig.* 10).— La circonvolution du corps calleux (L^1) n'est différenciée que dans son tiers antérieur environ : elle cesse de l'être au niveau d'un sillon profond (*fig.* 10, en arrière de ? *Parc*) qui se continue en bas presque jusqu'au corps calleux, à une petite distance duquel il se bifurque. Un pli de passage volumineux l'unit à la circonvolution frontale interne (*mF1*). En avant de ce pli, un sillon compliqué et très profond peut être considéré comme le grand sillon métopique (*gm*) pour lequel Déjerine n'emploie pas de notation spéciale (voir Déjerine, *Anatomie des centres nerveux*, I, fig. 180, p. 294 et 181, p. 299), et qui se continue en bas avec le sillon sus-orbitaire. En arrière du sillon qui continue *R* ? (*fig.* 9), les sillons de la face interne se continuent radiairement jusqu'au corps calleux et, en arrière de celui-ci, jusqu'au trigone laissé à nu par sa face supérieure. Leur disposition est tout à fait semblable à celle que Forel et Onufrowicz (*Ibid.*, fig. 378, p. 759) ont rencontrée dans un cas d'agénésie du corps calleux. On ne saurait la confondre, malgré certaines analogies (plus étroites encore dans l'hémiphère gauche) avec celle que Brissaud (schéma 26, p.

LV), a représentée dans son *Anatomie du cerveau de l'homme*, où il donne aux plicatures de la première

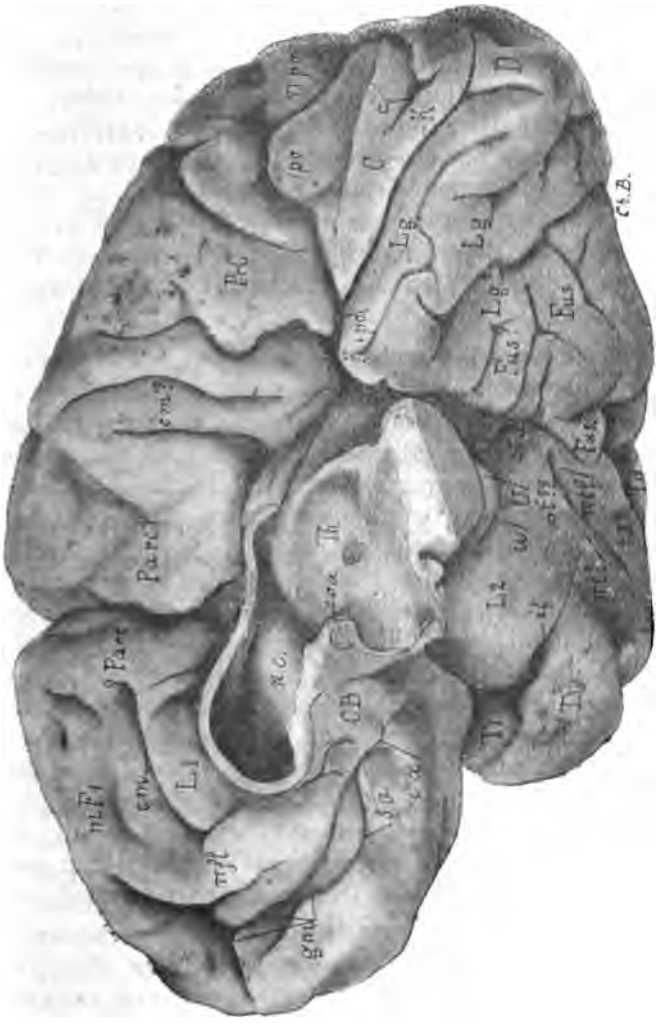


FIG. 10. — Face interne de l'hémisphère droit. *gm* grand sillon métopique ; *i a*, incisure arquée ; *T 3*, erreur pour *T 4*.

limbique correspondant au lobule paracentral et au lobe carré les noms de pentagone antérieur et penta-

gone sous-ovalaire et celui de pentagone du lobe carré.

On a vu, au cours de la description de la face interne, que la limite antérieure du précuneus ne peut être exactement déterminée, vu l'absence de la portion ascendante de la scissure calloso-marginale (*cm'* ?) et les profondes déformations de toute la région rolandique : la région tout entière comprise entre le sillon continuant R' et la scissure pariéto-occipitale (*p. o.*) ne peut donc être l'objet d'aucune détermination formelle : c'est seulement d'après quelques analogies avec le cas de Forel et Onufrowicz (Déjerine, I, fig. 378, *cm*) que nous indiquons dubitativement la situation du sillon calloso-marginal (?)

La scissure pariéto-occipitale (*p. o.*) est relativement élevée : malgré la situation très antérieure que nous avons proposé d'attribuer à la scissure de Rolando, le lobule paracentral n'est guère plus éloigné que d'habitude de la scissure pariéto-occipitale. Celle-ci est très profonde vers son extrémité antérieure, au niveau de laquelle il n'existe pas de pli de passage pariéto-occipital, et qui se continue ainsi directement avec la calcarine. En arrière, la pariéto-occipitale n'atteint pas le bord de l'hémisphère : elle se divise en 2 branches qui limitent en avant un pli très large et fortement contourné : celui-ci (π *p o*), situé sur le bord de l'hémisphère, unit P^1 à O^1 : on ne saurait cependant l'homologuer au pli pariéto-occipital interne et supérieur de Gratiolet. La calcarine (*K*) est normale. Les plis de passage cunéo-limbiques font naturellement défaut ; il existe un pli de passage cunéo-lingual à peine saillant sur le fond de la scissure, dont il occupe la partie moyenne.

De l'extrémité antérieure de la scissure $K + p\ o$ part une anfractuosité sulciforme profonde (*fig.* 10) qui se dirige à peu près transversalement en bas et se perd sur la troisième temporale. Sa lèvre antérieure est formée en haut par le pulvinar et le trigone et plus bas par la deuxième limbique (L 2). Il n'existe pas, même

dans sa profondeur, de pli de passage rétrolimbique ; elle isole donc complètement la deuxième limbique des circonvolutions situées en arrière. Celles-ci sont très complexes. Le lobule lingual ne fait qu'un avec le lobule fusiforme. De plus, la région qui leur correspond est considérablement déformée et très aplatie, comparativement à la région homologue de l'hémisphère gauche, grâce à l'hémiatrophie du cervelet.

La circonvolution de l'hippocampe est large et aplatie dans sa partie antérieure. Immédiatement en arrière de l'uncus, très allongé d'avant en arrière, elle devient brusquement ascendante, s'unit en dehors à la circonvolution sous-jacente par un pli de passage limité pas l'anfractuosité sulciforme, puis s'effile en accompagnant le pilier postérieur du trigone et se perd en avant de l'anfractuosité. Le sillon de l'hippocampe proprement dit est ainsi à peu près vertical sur toute sa longueur. Il est très profond, ainsi que le sillon de l'uncus auquel il fait suite ; sa profondeur est encore augmentée par la grande largeur de la fimbria dont le bord libre déborde en dedans le corps godronné et est couché sur le subiculum. La fimbria présente ses rapports habituels de continuité avec le pilier postérieur du trigone. Le corps godronné est mince, très court, froncé seulement au voisinage de l'uncus ; son extrémité postérieure semble se perdre sur l'hippocampe, sans qu'on puisse saisir son passage sur la face supérieure de la lame représentant le corps calleux, ni déceler la moindre formation rappelant la fasciola cinirea. La bandelette de l'uncus est également indistincte.

Vers le pôle temporal, T^1 est fortement aplatie de haut en bas; nettement séparée en ce point de la circonvolution de l'uncus par l'incisure temporale (*it*), elle se continue à ce niveau avec T 4 (nomenclature de Brissaud). Celle-ci est limitée plus en arrière par un sillon superficiel (t^3 ?) très court.

Le grand sillon occipito-temporal de Pansch n'existe pas. L'incisure temporale *it* qui, au-dessus et en arrière du pôle temporal, forme la limite inférieure de la circonvolution de l'hippocampe devient rapidement superficielle ; le sillon oblique *ot* ??), que l'on voit plus en arrière, a à peine un millimètre de profondeur et ne détermine donc pas de saillie dans la cavité du ventricule sphénoïdal ; de plus, il n'existe pas, dans la région des lobules lingual et fusiforme, de sillon que l'on puisse considérer comme le continuant au-delà de l'anfractuosité sulciforme. La partie inférieure de cette dernière (*ot.* ?) peut à la rigueur être considérée comme représentant *o t*.

Quant au sillon marqué t^3, il est très court, se termine en arrière en dehors de la région du lobule fusiforme et ne détermine pas de saillie dans le ventricule : on ne peut donc, lui non plus, le considérer comme étant le grand sillon occipito-temporal de Pansch et Brissaud, quelque signification qu'on admette pour la circonvolution qu'il limite en bas, par exemple celle d'un simple pli de passage temporo-limbique (*π t l*).

Hémisphère gauche. — *Face externe* (*fig.* 11). A l'union des deux quarts antérieurs est une anfractuosité large et profonde, un peu oblique en arrière et en bas, qui s'ouvre en bas dans la fosse de Sylvius et se continue sur la face interne. Elle rappelle le grand sillon anormal de l'hémisphère droit (R ? fig. 9), mais elle est plus profonde et beaucoup plus rapprochée de l'extrémité antérieure de l'hémisphère. Elle reçoit et défigure les deux sillons frontaux externes ; les circonvolutions frontales situées en arrière convergent vers la partie moyenne de sa lèvre postérieure ; on distingue dans sa profondeur plusieurs saillies arrondies et des plis de passage. Le sillon très oblique (*R*?) qui est situé en arrière ne peut, à première vue, être considéré comme représentant la scissure de Rolando, à cause de la grande distance qui sépare son extrémité inférieure de la scis-

sure de Sylvius et à cause de sa concavité en avant qui rapproche son extrémité supérieure de l'extrémité antérieure de l'hémisphère ; mais on ne peut le considérer comme le sillon prérolandique, lequel, d'après Déjerine (*Anat. des Centres nerveux*, I p. 252), « n'atteint qu'exceptionnellement la scissure interhémisphérique » : il échancre, en effet, le bord supérieur de l'hémisphère et se continue sur la face interne. D'autre part, la circonvolution que le sillon *R* ? limite en ar-

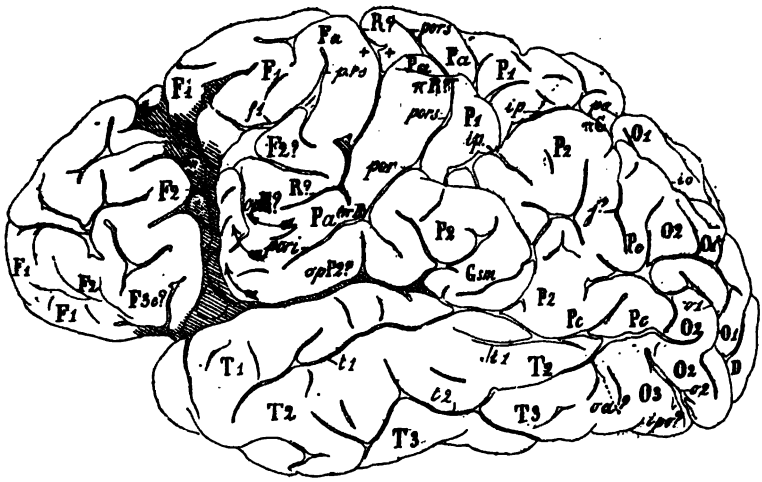


FIG. 11. — Face externe de l'hémisphère gauche.

rière, s'oppose, il est vrai, par sa direction, aux trois autres frontales, mais elle est difficile à identifier, surtout vers son extrémité inférieure, au milieu de toutes les anomalies, liées probablement à la présence de l'anfractuosité anormale, qui déforment la région comprise entre l'extrémité inférieure du sillon marqué *R* ? et la scissure de Sylvius : il semble qu'une rétraction, secondaire ou primitive, ait attiré les circonvolutions frontales, déjà formées ou simplement ébauchées, vers le centre de la dépression frontale

(ombrée sur la fig. 11) en relevant les extrémités inférieures de Fa, *R* et *por* suivant la direction des flèches, et en bouleversant du même coup la disposition des opercules sylviens. La notation adoptée pour la figure 11 semble ainsi la plus plausible, même en l'absence du point de repère précieux fourni par le sillon calloso-marginal (voir la description de la face interne) : il paraît aussi préférable de fixer l'extrémité inférieure du sillon central à une distance anormale de la scissure de Sylvius, au lieu de considérer ce sillon comme se continuant plus bas, après interruption par un pli de passage (marqué π R) unissant, indirectement, Fa à Pa. L'opercule qui occupe à peu près la situation de l'opercule rolandique devient donc l'opercule pariétal (*op* P^2 ?) et l'opercule rolandique (*op R*?) appartient ainsi à la lèvre postérieure de la grande dépression. Vers son extrémité supérieure, *R* est interrompue par un pli de passage mi-profond, invisible sur la figure 11, situé dans la région marquée de deux croix ; un peu au-dessous, *R* envoie un sillon qui traverse P^a et s'unit à *p o r s*.

Le grand nombre des anomalies de ce territoire du cortex permettrait peut être de considérer comme étant la scissure de Rolando, interrompue en en π *R*?, le sillon manqué *p o r i*, *por*, *p o r s* : P^1 et P^2 seraient alors moins étendus en avant ; l'opercule rolandique serait en *o p* P^2, et l'opercule pariétal serait représenté par le pli situé entre le précédent et le gyrus supramarginal (*G. s m*) ; mais cette interprétation serait infirmée par la différenciation relativement assez nette des deux circonvolutions centrales.

L'insula présente essentiellement la même configuration que dans l'hémisphère droit.

Les anomalies du reste de la face externe sont beaucoup moins accusées : continuité de la pariéto-occipitale et de l'incisure de Jensen (*J* ?) ; indépendance et complexité des sillons du pli courbe (P*c*) qui ne dépendent

ni de *i p* ni de *t 1* ; — profondeur et longueur de *o*2 qu'on serait tenté de prendre pour *o a*, n'étaient sa direction et la règle de nomenclature d'après laquelle *P c* s'anastomose avec O^2 ; — extrême minceur de T^1 et fusion de *t 1* avec *t 2* au-dessous du pli courbe.

Face interne (fig. 12 et 13). Comme sur la face externe les anomalies sont beaucoup moins nombreuses que celles de l'hémisphère droit. La première limbique est mieux différenciée. De son extrémité antérieure part un sillon

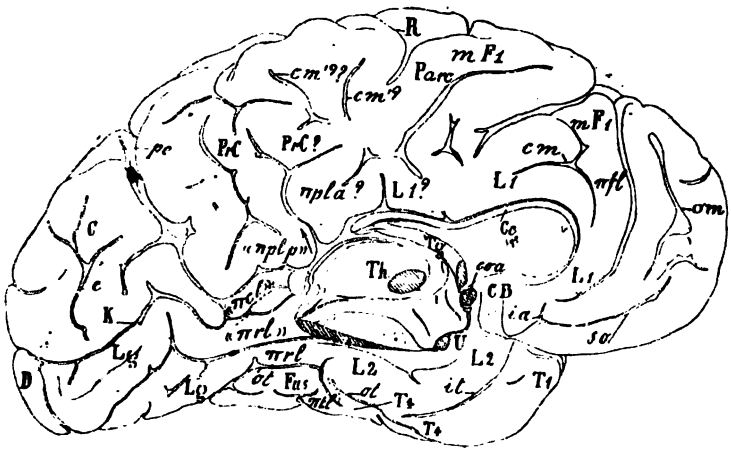


FIG. 12. — Face interne de l'hémisphère gauche.

profond qui va rejoindre, sur le bord de l'hémisphère, l'anfractuosité profonde signalée sur la face externe. Cette anfractuosité se continue en outre sur la face interne par un sillon assez large, mais superficiel, qui disparaît avant d'atteindre la circonvolution du corps calleux. La délimitation du lobule paracentral et du précunéus reste douteuse en l'absence du point de repère fourni par la branche oblique ascendante du sillon calloso-marginal (*c m*?). Il en est de même pour le pli pariéto-limbique antérieur (*π p l a*). Quant au pli oc-

cupant la situation du pli pariéto-limbique postérieur, sa détermination est naturellement purement conventionnelle, de même que celle des plis cunéo-limbique et rétro-limbique. La scissure pariéto-occipitale ne présente qu'un ou deux plis de passage très profonds, à peine visibles ; son extrémité antérieure ne se confond pas avec celle de la calcarine (*fig.* 13) ; celle-ci est bifurquée en arrière. Le lobule lingual est large et pourvu de sillons complexes. Il s'unit directement à la deuxième limbique par deux plis très contournés. Le lobule fusiforme, nettement séparé du précédent, par le grand sillon-occipito temporal de Pansch (*o t*), présente en outre une conformation plus simple : il n'est pourvu que de quelques sillons superficiels ; il se continue en avant avec T [4]. Le sillon de Pansch n'est interrompu que par un pli de passage très mince mais absolument superficiel ; il est bien distinct de l'incisure temporale, et contourné en avant par la quatrième temporale qui vient s'unir à T [1] au niveau du pôle temporal. A ce niveau, le lobe temporal est fortement aplati de haut en bas. La quatrième temporale est parfaitement distincte et séparée de la troisième par un sillon profond et ininterrompu qui suit les inflexions du sillon de Pansch. La troisième temporale s'unit au contraire à T [2] par un large pli situé vers le tiers moyen du lobe.

La circonvolution de l'hippocampe est à peu près normale (fig. 13), mais sa face supérieure, recouverte d'une forte couche blanche, est plus large et plus plate que normalement. Le sillon de l'hippocampe est distant du bord du hile de l'hémisphère de 15 mm. environ. Sur presque toute sa longueur, le fascia dentata, finement godronné, dépasse en dedans le bord libre de la fimbria ; celle-ci, après une légère courbure en dehors (invisible sur la figure 13) vient s'aboucher dans un petit tubercule lenticulaire qu'un sillon curviligne profond sépare, en arrière, en dedans et en avant, de la deuxième limbique.

Ce sillon peut être considéré comme l'extrémité postérieure, seule représentée ici, du sillon de l'uncus : on pourrait rapprocher l'absence de différenciation de

FIG. 13. — Face interne de l'hémisphère gauche : disposition des plis de passage limbiques et de l'uncus ; rapports de l'extrémité postérieure (bifurquée) de la lame calleuse avec la fimbria et le corps godronné.
La couche optique a été sectionnée suivant différents plans ; la section partielle de l'hémisphère a été pratiquée au niveau de la profonde dépression signalée sur la face externe du lobe frontal.

l'uncus, ou du moins sa différenciation incomplète (si on le considère comme représenté seulement par le tubercule lenticulaire), du fort développement de la cir-

convolution de l'hippocampe à son extrémité antérieure. On voit, sur la figure 13, la fimbria se continuer directement avec le pilier postérieur du trigone ; quant au corps godronné, il ne se sépare de la précédente qu'à son extrémité supérieure pour se perdre sur la face supérieure de la mince lame transversale, à extrémité postérieure bifurquée en queue d'hirondelle, qui représente à ce niveau le corps calleux ; il est continué par une saillie à peine visible (nerf de Lancisi ?) enfouie dans la profondeur du sinus du corps calleux.

Dans la plupart des cas publiés d'agénésie partielle du cervelet, la lésion avait été latente ou du moins ne s'était traduite, ainsi qu'on le verra plus loin, que par des symptômes trop vagues pour permettre un diagnostic précis. Les trois premières observations sont rapportées plus au long par Thomas (*Le cervelet*, thèse de Paris 1897) ; la quatrième est indiquée par Tollemer dans son intéressant article du traité de Bouchard-Brissaud (t. IX, p. 408 à 414, 1904).

Dans le cas d'Andral (*Clinique médicale*, t. V, p. 713, 4e édit. cité d'après Thomas), il existait à la place de l'hémisphère gauche « une sorte de moignon ou tubercule » où aboutissaient trois faisceaux correspondant aux trois pédoncules cérébelleux. « Ce tubercule avait la forme d'une amande, sa surface était cannelée de manière à présenter en miniature la surface de l'autre hémisphère [?]. »

Dans le cas de Lallement (*Soc. anat.*, 1862, cité d'après Thomas), l'hémisphère gauche « visible seulement quand on examine la face inférieure du cervelet, est réduit à une petite masse du volume d'une grosse noisette, appendue à la partie latérale de la protubérance, continue avec le pédoncule cérébelleux moyen, et divisée par un sillon en deux parties qui répondent, l'antérieure au lobule du pneumogastrique, la postérieure à l'amygdale ». Outre l'atrophie secondaire du noyau rouge et de l'olive bulbaire du côté opposé, il existait encore de l'atrophie croisée du corps strié.

Dans le cas de Hitzig (8e *Congrès des neurol. et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest*, 1884 ; cité d'après Thomas), l'hémisphère droit était réduit à deux lobules, l'un, du volume d'un haricot, adjacent au bord médian de l'hémisphère gauche ; l'autre, gros comme un noyau de cerise, était séparé du précédent par un prolongement méningé et par le pédoncule cérébelleux moyen. Ce-

lui-ci « prend naissance dans ces deux lobules de sorte qu'ils représentent les moitiés supérieure et inférieure de l'hémisphère. » Le vermis était atrophié en partie ; « le vermis supérieur est enterré dans sa plus forte part dans l'hémisphère gauche et sous le rudiment du lobe supérieur droit. » Le vermis inférieur était représenté probablement par un lobe anormal de la base de l'hémisphère gauche, en arrière de l'amygdale. Il existait en outre de l'atrophie de l'olive bulbaire du côté opposé et des racines du trijumeau droit et de l'acoustique gauche ; la protubérance paraissait extraordinairement réduite dans ses dimensions.

« Le lobe postérieur du cerveau était très manifestement plus volumineux à droite qu'à gauche et plus gros que normalement. »

Dans le cas de Neuburger et Edinger (1), l'atrophie presque totale d'une moitié du cervelet ne se traduisit par aucun symptôme. Le vermis et l'hémisphère gauche étaient normaux ; l'hémisphère droit était représenté par une masse du volume d'une noisette « ayant absolument l'aspect d'une formation cérébelleuse normale, adhérente à l'extrémité antérieure du vermis. L'amygdale gauche était « tout à fait normale ». Les pédoncules cérébelleux supérieur et inférieur étaient reconnaissables mais considérablement atrophiés. Il y avait en outre de l'atrophie de l'olive bulbaire gauche, et un amincissement considérable de la moitié droite du pont : « Il n'existe que quelques minces faisceaux que l'on voit émerger de dessous l'hémisphère atrophié, entourer le pédoncule cérébral puis se perdre sur la face interne de celui-ci... L'origine du trijumeau droit se trouve ainsi mise à nu, de même que la pénétration du pédoncule cérébelleux supérieur dans l'hémisphère droit atrophié. » L'examen microscopique, longuement rapporté par les auteurs, du cerveau postérieur et des pédoncules cérébraux, dénota de plus l'atrophie des noyaux et des racines de plusieurs nerfs craniens, acoustique et surtout noyaux du pneumogastrique droit et de l'accessoire. C'est à la lésion de ces derniers centres que les auteurs rattachent les troubles cardiaques qui ont entraîné la mort.

Les figures annexées au mémoire, et notamment celle (fig. 5) qui représente la face latérale droite du tronc cérébral et du cervelet, montrent une grande analogie entre ce cas et celui de Dés. ; mais le large faisceau blanc qui borde en haut et à droite la cavité du quatrième ventricule est moins long que chez D., et est recouvert en grande partie par des lamelles cérébelleuses; l'atrophie

(1) Einseitiger fast totaler Mangel des Cerebellums. Varix oblongatæ. Herztod durch Vagusreizung. *Berl. klin. Woch.*, XXV, nos 4, p. 69 à 72, et 5, p. 100 a 103, 1898.

considérable de la moitié droite du pont et l'existence de lamelles ou lobules sur toute la longueur du faisceau blanc en question rendent la persistance du flocculus beaucoup moins frappante.

On peut rapprocher des observations précédentes, celle de Menzel (rapportée par Thomas, *l. c.*, p. 185 à 190) intéressante par ce fait que l'atrophie à peu près généralisée à tout le cervelet était moins accusée au niveau du flocculus : « Les lamelles sont minces ; celles de l'amygdale, du vermis, du flocculus sont plus épaisses... D'une façon générale les parties les plus proches du flocculus sont les moins altérées (p. 190). »

Cause et époque probables des arrêts de développement. — Si, dans notre cas, comme dans ceux d'Andral, Lallement, Neuburger, etc., on peut en toute certitude exclure l'hypothèse d'une destruction d'origine inflammatoire d'organes ou parties d'organes déjà constitués, la cause prochaine de l'agénésie ne peut être précisée. Les méninges étaient absolument normales à l'œil nu ; l'examen macroscopique du cerveau rhomboïdal, sur des coupes espacées de quelques millimètres faites après durcissement au Müller, ne dénota aucune lésion inflammatoire ou dégénérative. D'autre part, l'agénésie fut absolument latente : on sait que les connexions de chacune des masses grises (corticales et centrales) du cervelet sont bilatérales, et que les voies qui en partent et y aboutissent, les unes surtout directes, d'autres surtout croisées, sont, par rapport à chaque hémisphère cérébelleux, beaucoup moins inégalement réparties entre les deux moitiés du corps que les voies longues dépendant des hémisphères cérébraux. On comprend donc que les impressions reçues au cours de l'évolution aient pu être recueillies à peu près comme chez un individu normal et que celles qui sont la base du fonctionnement du cervelet aient pu s'organiser d'une façon suffisante dans l'hémisphère unique.

Pourtant, dans le cas d'Andral, où le cerveau et les méninges ne présentaient rien d'anormal, il existait certains symptômes qui se rattachent probablement à la malformation cérébelleuse : tremblement intention-

nel, strabisme bilatéral, maladresse, incertitude de la marche, due probablement « à une disposition continuelle à la frayeur. » Le malade de Lallement, mort à 53 ans d'hémorrhagie méningée, n'avait présenté que de la lenteur de la marche. L'observation de Hitzig permet de saisir le mécanisme de la latence en montrant comment la compensation put devenir insuffisante : jusqu'à l'âge de 32 ans la malade n'avait été qu'« une arriérée et une inhabile »; puis, sous l'influence d'un processus surajouté (paralysie générale), on vit apparaître de nombreux troubles de la coordination, surtout du côté droit. On a vu plus haut que l'atrophie portait exclusivement sur l'hémisphère cérébelleux droit ; on connaît d'autre part la prédilection des lésions de la périencéphalite pour les hémisphères cérébraux : ce serait donc l'intervention de ces derniers, du droit en particulier, qui aurait assuré pour un temps très long le fonctionnement normal du névraxe.

Mais dans les cas d'atrophie acquise (sclérose, etc.), unilatérale, et d'ailleurs limitée, rapportés par Thomas, les symptômes cérébelleux furent presque toujours multiples et bien caractérisés : obs. de Meschede : mouvements de manège et de rotation sur axe longitudinal ; obs. de Kirchoff : démarche chancelante, ataxie des quatre membres ; obs. de Lévêque : incertitude de la marche, rétropulsion, impossibilité de la station. Par contre, la malade de Mayor, atteinte d'idiotie et d'épilepsie congénitales, ne présentait pas de troubles de la locomotion, et, dans les attaques, la chute avait lieu en avant « sans qu'on eût observé de rotation ».

S'il est impossible de préciser la cause, on peut fixer approximativement l'époque de l'arrêt de développement. On sait que le vermis, partie du cervelet a plus ancienne ontégéniquement et phylogéniquement, présente déjà quelques sillons transversaux vers le troisième mois (Mihalkovicz, Déjerine) et que, à cette époque, le flocculus est déjà représenté par une saillie

bien distincte sur la face inférieure de la portion de la lame alaire qui formera plus tard l'hémisphère cérébelleux. Celui-ci ne commence à prendre sa forme définitive que dans le courant du quatrième mois. Il manque complètement chez Des... C'est donc à la fin du troisième mois qu'aurait agi le processus inconnu qui en a arrêté l'évolution. A en juger par analogie, c'est également vers la même époque qu'il aurait agi dans les cas, cités plus haut, d'Andral, de Lallement et d'Hitzig. Il est d'ailleurs probable, malgré l'absence d'examen microscopique de l'encéphale, que le flocculus, en connexion immédiate avec le volumineux faisceau blanc remplaçant les pédoncules cérébelleux du côté gauche présentait ses connexions normales, soit avec les noyaux du nerf vestibulaire (Stscherbach) et de l'abducens (Bruce), soit avec le noyau dentelé (Thomas, p. 150) du côté opposé : son pédoncule, à myélinisation très précoce, pénètre directement dans la protubérance où il se distingue nettement des autres voies cérébelleuses, pour se diriger, en contournant en dehors les fibres du corps restiforme, vers le plancher du quatrième ventricule.

Les lésions, consécutives à l'absence de développement de l'hémisphère cérébelleux gauche sont l'atrophie presque complète de l'olive bulbaire du côté opposé (droit), et le faible développement des noyaux gris de la moitié droite de la protubérance dans la région du pied : les deux pyramides bulbaires étant de volume sensiblement égal, il est probable que la différence entre les deux côtés du pont est due à l'agénésie des noyaux gris du côté droit intercalés aux fibres transversales venues des pédoncules cérébelleux moyens et difficiles à distinguer à l'œil nu des faisceaux de fibres pyramidales coupés transversalement. On sait d'ailleurs que l'atrophie croisée de la protubérance est de règle dans les lésions cérébelleuses unilatérales, expérimentales ou pathologiques, et l'on admet généralement,

avec Thomas que « le pédoncule cérébelleux moyen prend sa principale origine dans la substance grise du pont, du côté opposé à l'hémisphère cérébelleux auquel il se rend, mais contient aussi des fibres dont l'origine se trouve dans la substance grise du pont du même côté (*l. c.*, p. 100). »

De même que celle de l'olive et de la protubérance, l'atrophie croisée du noyau rouge se présentait avec ses caractères ordinaires. Quant aux malformations des hémisphères, elles sont en majeure partie indépendantes de celles du cervelet : telles sont l'atrophie du corps calleux, les nombreuses anomalies des circonvolutions. On sait, d'autre part, que les lésions étendues d'un hémisphère cérébral entraînent une atrophie croisée du cervelet, mais la réciproque ne se rencontre pas, et c'est en vain que l'on chercherait dans les observations de lésion unilatérale de ce dernier organe une atrophie même légère des régions corticales en rapport direct avec le noyau rouge. Le poids de chacun des hémisphères cérébraux ne peut d'ailleurs pas donner à ce sujet des indications précises : chez Des., en effet, l'hémisphère gauche est plus lourd que l'hémisphère droit ; mais celui-ci présente sur sa face inférieure une dépression notable où se logeait l'hémisphère cérébelleux droit, du moins en grande partie, car la forte déviation à gauche de l'axe du cerveau postérieur corrigeait en partie l'asymétrie de développement : un espace plus considérable qu'à l'état normal était ainsi réservé à l'hémisphère gauche, plus long que son congénère de 7 millimètres.

D'ailleurs l'asymétrie compensatrice des hémisphères cérébraux est impossible à évaluer, grâce aux malformations surajoutées des circonvolutions.

Ces malformations, très différentes d'un hémisphère à l'autre, ne dépendent qu'en partie de l'agénésie partielle du corps calleux et du lobe limbique. Les premières scissures (calcarine, limbique, etc.), apparaissent

vers le milieu du quatrième mois ; peut-être le processus qui a créé les anomalies des hémisphères n'a-t-il agi qu'à partir de ce stade pour se continuer jusqu'au moment de la différenciation des lobes frontaux et des régions rolandiques. Mais dans l'état actuel de la science on ne peut pas affirmer qu'il ait été, sinon indépendant du processus qui a entraîné l'hémiagénésie cérébelleuse, du moins d'une origine postérieure.

CLINIQUE MENTALE

Les symptômes oculaires de la Paralysie générale ;

par

A. RODIET
Médecin adjoint de l'asile de Montdevergues,

DUBOS
Interne de l'Asile de Montdevergues

et

P. PANSIER
Ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Pour établir une revue d'ensemble des troubles oculo-pupillaires de la paralysie générale, il faut observer ces symptômes oculaires aux trois périodes de la Paralysie générale, et, à chacune de ces périodes, étudier successivement : 1° les troubles pupillaires; — 2° les troubles visuels ; — 3° les symptômes qui dépendent des rapports vasculaires de l'œil et de l'encéphale ; — 4° les altérations du fond de l'œil; — 5° les symptômes oculaires accessoires.

Première période. — Troubles pupillaires. — L'*inégalité des pupilles* est le signe le plus fréquemment observé au début de la paralysie générale. Ce symptô-

me n'a aucune signification si les réflexes pupillaires sont normaux, car l'inégalité pupillaire avec intégrité parfaite des mouvements de la pupille se rencontre non seulement dans toutes les psychoses, mais encore dans l'anémie, la tuberculose ganglionnaire, le goitre exophtalmique, les excitations douloureuses des nerfs sensitifs, etc., et même chez des individus auxquels il est impossible de trouver une tare quelconque. On a exagéré l'importance du symptôme isolé : l'inégalité pupillaire, dans la paralysie générale. Ce signe n'a de valeur que parce qu'il s'accompagne, chez les paralytiques généraux, d'altération des réflexes soit à la lumière, soit à l'accommodation ou même d'immobilité pupillaire complète. C'est en cela que l'inégalité du paralytique général est toujours *pathologique*, et révèle l'existence du trouble oculaire essentiel de la maladie : *l'ophtalmoplégie interne à développement graduel et progressif.*

Le *myosis* dans la paralysie générale, c'est-à-dire le resserrement exagéré de la pupille, peut être simple ou double, suivant qu'il y a ou non inégalité pupillaire; c'est un trouble *paralytique* et non spasmodique. En effet, l'instillation d'atropine ou d'ésérine agit sur la pupille du paralytique général, et n'agit pas, au contraire, sur le *myosis spasmodique* des névroses. Le même procédé sert à démontrer que la *mydriase* qu'on observe encore plus souvent que le myosis dans la méninge encéphalite diffuse est aussi *paralytique*. Toutefois, la réaction de la pupille dilatée à l'instillation d'atropine est faible et s'accompagne de troubles du réflexe consensuel. En revanche, ainsi que Toulouse et Vurpas (1) l'ont démontré, l'effet de l'atropine se fait sentir plus longtemps (parfois huit ou dix jours) chez les paralytiques généraux que chez les individus non paralytiques généraux soumis aux mêmes instillations.

Le *signe d'Argyll-Robertson* : perte de la réaction à la lumière avec conservation des mouvements à l'ac-

(1) TOULOUSE et VURPAS. — *Journal de Neurologie*, n° 3, 1904.

commodation, est rarement pur, mais se présente avec des combinaisons diverses de lenteur de la réaction pupillaire à la lumière et de paresse à l'accommodation, soit d'une seule pupille, soit des deux pupilles. Car si, d'ordinaire, l'ophtalmoplégie interne suit une marche progressive : parésie du réflexe pupillaire à la lumière, puis paralysie de ce même réflexe : parésie de l'accommodation, puis paralysie de ce réflexe accommodateur, très souvent aussi le trouble oculaire suit une marche irrégulière et les deux yeux ne sont pas atteints également. En sorte que le signe d'Argyll-Robertson peut être unilatéral ; mais qu'il soit simple ou double, il est presque toujours immuable, lorsqu'il s'est définitivement constitué.

Le *faux Argyll Robertson*, qui se caractérise par l'absence du réflexe à la lumière en même temps qu'il y a parésie du réflexe à l'accommodation, est un symptôme encore plus fréquemment observé que le vrai Argyll-Robertson, surtout à la période d'état.

Les *déformations* et *irrégularités* pupillaires sont fréquentes, et Joffroy (1) et Shrameck ont insisté avec raison sur l'intérêt de ces troubles pupillaires. Du reste, ces signes se retrouvent dans toutes les psychoses aussi bien que dans le tabes et la syphilis, et même chez l'individu sain. Toutefois on peut s'étonner que les auteurs n'aient pas insisté jusqu'ici sur *l'excentricité pupillaire*, c'est-à-dire la situation anormale de la pupille qui n'est plus au centre de l'iris, mais empiète soit sur le bord interne, soit sur le bord externe. C'est une conséquence des déformations et des irrégularités.

L'*atrophie particulière de l'iris* décrite par Dupuy-Dutemps (2) se rattache à la fois à la déformation pupillaire et au signe d'Argyll-Robertson. *Cet amincissement de l'iris avec perte de ses reliefs existe aussi*

(1) Joffroy. — *Journal de médecine et de chirurgie*, 10 juin 1898.
Joffroy. — *Des signes oculaires dans la paralysie générale.* (*Archives de Neurologie*, mai 1904.)
(2) Dupuy-Dutemps. — *Annales d'oculistique*, septembre 1905.

bien dans la paralysie générale que dans le tabès et la syphilis. Ainsi que dit Dupuy-Dutemps, ce symptôme est d'une grande valeur, aussi bien en médecine légale que pour les contrats d'assurance.

Dès la première période il faut signaler aussi : *la perte de la dilatation réflexe aux excitants périphériques* qui résulte de la disparition des sensations conscientes; la *réaction paradoxale de la pupille* qui consiste dans la dilatation de la pupille sous l'influence d'une vive lumière (ce signe, décrit par Moukhine, n'a de valeur que s'il s'accompagne de l'Argyll-Robertson) ; l'*hippus* ou alternatives de contraction et de dilatation de l'orifice pupillaire sans qu'il y ait aucun changement dans l'éclairage ; la *disparition du réflexe à la douleur* qui est souvent très précoce ; les *altérations du réflexe de Galassi* ou rétrécissement de la pupille quand la paupière se ferme ; le *réflexe de Piltz* ou rétrécissement pupillaire et momentané quand on s'oppose avec le doigt à l'occlusion des yeux, qui n'existe que dans la paralysie générale, le tabès, la syphilis et la catatonie.

Tous ces symptômes, les uns très rares, les autres plus fréquents, prennent en s'associant l'importance qu'il n'y aurait pas lieu d'attacher à l'un d'eux isolément.

Il faut noter encore : L'*abolition du réflexe consensuel* qui indique une lésion périphérique de l'appareil innervateur de la pupille. Ce signe accompagne d'ordinaire la *mydriase paralytique*.

Les *paralysies de la musculature externe de l'œil avec exophtalmie* légère et réductible non douloureuse peuvent être la première manifestation de la Paralysie générale ou apparaître brusquement *à la suite d'un ictus*. Ces paralysies sont : 1° *passagères*, 2° *incomplètes*, 3° *récidivantes*. *D'ordinaire, le moteur oculaire commun est atteint le premier*. Ces caractères donnent aux paralysies qui se présentent au cours de la paralysie

générale leur valeur diagnostique spéciale. Il en est de même du *nystagmus* qui est rare, quelquefois observé au début, plus souvent *pendant un ictus* ou à la suite d'un ictus, et dès lors s'accompagne de troubles hémiplégiques et aussi du *blépharospasme* et de la *paralysie de l'orbiculaire des paupières*.

La *déviation conjuguée de la tête et des yeux*, est un symptôme important pendant l'ictus, d'après des phénomènes différents qu'il faut étudier : 1° au point de vue de la lésion encéphalique elle-même ; 2° au point de vue du siège de cette lésion.

Lorsque l'ictus du début s'accompagne *d'hémiopie*, elle est fugace et il est très difficile de se rendre compte de l'existence de ce trouble visuel à cause de l'état du malade. Le *ptosis isolé*, sans ictus, au début de la Paralysie générale, *indique l'existence de la syphilis* (1).

Lorsque l'*anesthésie cornéenne* existe au début de la paralysie générale, elle n'est pas accompagnée de troubles vasculaires et nutritifs (il en est de même dans l'hystérie) mais, caractère distinctif, se présente sous forme d'*hémianesthésie* et est due à l'*alcoolisme* qu'on retrouve dans les antécédents du malade.

Par suite, l'anesthésie cornéenne est une indication pour le *diagnostic rétrospectif ou étiologique*. Lorsque ce signe se présente au moment des ictus, il persiste très peu de temps. Le *zona ophtalmique* (2) est, dans certains cas, un signe très précoce du début de la paralysie générale.

Troubles de la vision. Ils sont très difficiles à étudier et, d'ordinaire, *très lents à s'établir*. Lorsque l'affaiblissement de la vue existe, le malade met longtemps à s'en apercevoir contrairement à l'opinion de Robin (3). Sauf des cas rares (horloger obligé de cesser

(1) Brun et Morax. — *Troubles de la vision et Traité de pathologie générale*, 1904.
(2) Dupau. — *Thèse de Paris*, 1898.
(3) Robin. — *Thèse d'agrégation*, 1880.

son travail) et peut-être alors faut-il invoquer l'influence de la syphilis, la vue est conservée presque intacte jusqu'à la fin (1).

Les troubles visuels du paralytique général, lorsqu'ils existent, *s'accentuent à la suite d'un ictus, s'atténuent pendant les rémissions, et atteignent les deux yeux inégalement.*

Lorsque le paralytique général est en même temps fumeur et alcoolique, ou même diabétique ou albuminurique, il est très difficile de faire la part de l'alcool, du tabac, du sucre, et de la lésion cérébrale, car toutes ces causes contribuent à l'affaiblissement de la vue. Il faut donc signaler, pour la mise en valeur du symptôme *amblyopie*, l'importance de l'étude des antécédents et l'examen des urines.

Le *rétrécissement du champ visuel* est rare à la première période et alors qu'il n'y a aucune lésion visible à l'ophtalmoscope.

Lorsque le champ visuel est rétréci chez les paralytiques généraux, les caractères du rétrécissement sont en général : *d'être régulier* ; *d'être un trouble passager intermittent* ; *de permettre de pronostiquer l'atrophie prochaine*. D'ordinaire, *le champ visuel est normal.* Lorsqu'il y a *hémiopie*, il faut penser à la syphilis.

La *migraine ophtalmique* , qu'elle soit *simple* (scotome scintillant, céphalée sus-orbitaire, vomissements), ou *accompagnée* (mêmes symptômes avec troubles passagers *d'hémiopie* ou d'aphasie ou d'épilepsie partielle), est un excellent symptôme du début qui doit faire rechercher les autres signes de la paralysie générale.

De même, l'importance du *scotome* ou lacunes du champ visuel consiste en ce que ce trouble est fréquent surtout chez les intoxiqués par le tabac et l'alcool. Sa présence au début de la paralysie générale sert au *diagnostic étiologique*.

La *dyschromatopsie* qui survient sans lésions ophtal-

(1) Jean GALEZOWSKI. — Thèse de Paris, Juin 1904.

moscopiques est liée à *l'hémianesthésie*, et dès lors il faut rechercher l'influence du tabac, de l'alcool ou du sucre ; ou bien c'est un symptôme qui accompagne *l'ictus*, et dans ce cas, d'après Krafft-Ebing(1), le *rétrécissement est très marqué pour le blanc*. Quelquefois même la vision est seulement centrale. Cependant, même à ce degré, ni Krafft-Ebing, ni Kornfeld, n'ont trouvé des lésions ophtalmoscopiques expliquant ce fait. Quelquefois, à la première période, le malade souffre de *névralgie oculaire*.

Les *aberrations visuelles* (micropsie, érythropsie, etc.), sont rares. Les *hallucinations visuelles* ne sont pas toujours dues à l'alcoolisme, mais elles sont plus fréquentes chez les paralytiques généraux alcooliques, plus rares toutefois que dans les délires toxiques et n'ayant pas les mêmes caractères.

SYMPTOMES QUI DÉPENDENT DES RAPPORTS VASCULAIRES DE L'ŒIL ET DE L'ENCÉPHALE. — L'examen ophtalmoscopique permet de reconnaître dans l'œil des paralytiques généraux, dès la première période, certains signes qui n'ont d'importance qu'à la condition de les associer aux symptômes pupillaires et généraux, soit : la *congestion papillaire* et l'*hypérémie totale ou partielle de la papille* ; les *flectuosités des veines de la rétine* ; l'*anémie neuro-rétinienne* avec *décoloration de la papille* qu'on trouve au début de la *forme mélancolique*, de même qu'elle existe chez les mélancoliques et les maniaques, aussi bien du reste que dans certains cas où il n'y a aucune tare ; la *dilatation et les flexuosités variqueuses des veines rétiniennes*.

Ces signes se retrouvent aussi chez les déments, les imbéciles et même chez des individus sains. Leur valeur pour le diagnostic est donc discutable. Cependant, il faut les signaler. L'*œdème papillaire et péripapillaire*, les *anévrismes miliaires de la rétine* et surtout la *sclé-*

(1) KRAFFT-EBING. — *Festschrift Illeman Heidelberg*, 1892.

rose périvasculaire des vaisseaux neuro-rétiniens prennent déjà une signification plus haute, parce qu'ils sont le point de départ du processus atrophique qui frappe le nerf optique.

La *choroïdite et la chorio-rétinite* sont des symptômes de grande valeur puisque, d'après Brun et Morax (1), qui en ont fait une étude spéciale pour le diagnostic étiologique, elles résultent presque toujours de la syphilis qui a laissé sur la rétine et la choroïde, sa membrane nourricière, des exsudats *blanchâtres*, *jaunes*, *rouges et* surtout *noirs*. Du reste, les taches sont une indication pour la recherche de l'albumine et du sucre, car *albuminurie* et *diabète* s'accompagnent de *taches blanches* et d'hémorrhagies multiples et disséminées de la rétine.

Deuxième période. — Tandis qu'à la première, les troubles oculaires présentent une *intermittence* et une *variabilité* qui dépendent d'influences toxiques, elles-mêmes intermittentes, et des ictus plus ou moins fréquents, à la deuxième période, *les troubles pupillaires* deviennent presque toujours *définitifs*.

A l'ophtalmoscope, ou bien on trouve *un fond d'œil normal*, ou bien les symptômes peu accusés et variables de la papille signalés à la première période : *liséré périvasculaire*, *œdème péripapillaire*, *hyperémie papillaire* allant jusqu'à *l'hémorrhagie rétinienne* après plusieurs *ictus* épileptiformes ; ce serait même là un excellent symptôme pour le diagnostic rétrospectif dans le cas d'un malade entrant à l'hôpital après une attaque ; ou bien encore, mais plus rarement que dans le tabes, on se trouve en présence de l'évolution de la *névrite optique et de l'atrophie papillaire*.

Les caractères de *l'atrophie papillaire* du paralytique général sont d'être : 1° *Primitive*, comme dans le tabes et la sclérose en plaques ; 2° *Incomplète*, et c'est

(1) Brun et Morax. — *Troubles de la vision*, in *Traité de pathologie générale*, 1904.

là encore un élément précieux de diagnostic. La décoloration commence par le *côté temporal*. Lorsque ces troubles débutent, l'aspect trouble et louche de la papille lui a fait donner le nom de *papille lavée*. (Raviart) (1). La trame du tissu conjonctif est plus visible que dans le tabes, et *l'excavation centrale* plus marquée. Les *vaisseaux* conservent *leur calibre normal*. En somme, *l'atrophie du nerf optique est moins étendue* ; 3° Elle est *bilatérale*, le plus souvent, mais les lésions ne sont pas les mêmes dans l'un et l'autre œil : *elles sont plus accusées d'un côté* ; 4° Elle est *lente* ; 5° *Les troubles de la vision ne sont pas parallèles au développement de l'atrophie*. C'est là le symptôme le plus essentiel pour le diagnostic, et il faut considérer avec Klein (2) que ce seul caractère permet de différencier *l'atrophie du paralytique général*, lorsqu'elle existe, de *l'atrophie du tabétique et des troubles visuels dans l'alcoolisme chronique. En même temps que l'atrophie évolue, il y a conservation de la vue*. (Jean Gazelowski.)

Lorsque l'atrophie s'accompagne, *ce qui est rare*, de *rétrécissement du champ visuel*, ce rétrécissement *n'est pas concentrique* (3). Lorsqu'il y a, en même temps qu'atrophie, *dyschromatopsie*, le rétrécissement pour les couleurs est *concentrique au rétrécissement* pour le blanc. Ce sont les couleurs *rouge et verte* dont le champ de vision se rétrécit en premier lieu comme chez l'alcoolique.

Comme à la première période, les lésions de *choroïdite*, de *chorio-rétinite*, de *sclérochoroïdite postérieure* avec taches pigmentaires sont probablement dues à un *processus syphilititique* ayant évolué antérieurement et prennent, de ce fait, une signification importante *pour le diagnostic étiologique*.

De même aussi, les *hémorrhagies en flammèches*

(1) Kéraval et Danjan. — *Archives de Neurologie*, mars 1904; Kéraval et Raviart. — *Arch. de Neurologie*, août 1904.
(2) Klein. — *Wien Médical Presse*, 1887, n° 8.
(3) Jean Galezowski. — *Thèse de Paris*, 1904.

autour de la papille, ou bien les *granulations volumineuses et réfringentes* existant sur la surface de la rétine peuvent aider au *diagnostic rétrospectif* (ictus) ou de *complications* (albuminurie), soit que la paralysie générale survienne chez un albuminurique, soit que le mal de Bright évolue chez un paralytique général.

D'où la nécessité de l'examen des urines du malade en traitement.

TROISIÈME PÉRIODE. — A la fin de l'évolution de la paralysie générale, se vérifie en général cette loi que, « *si les troubles de la vision ne suivent pas une marche parallèle aux lésions oculaires, les lésions du fond de l'œil évoluent parallèlement aux lésions du cerveau.* »

Les troubles pupillaires sont *très nets et immuables*, qu'ils se présentent sous la forme de : *Signe d'Argyll Robertson* ou de *pseudo-Argyll Robertson*. Et beaucoup plus rarement, *l'immobilité à la lumière et à l'accommodation* est complète.

C'est le terme final de *l'ophtalmoplégie interne progressive*, qui, lorsqu'elle est *bilatérale*, signifierait pour le diagnostic : « une *lésion nucléaire entraînant la paralysie du muscle ciliaire quelque temps après celle du sphincter de la pupille* (Déjerine), ce qui s'explique par ce fait que les noyaux sont très rapprochés.

A ces signes s'ajoutent quelques symptômes de moindre importance comme l'*enophtalmie* qui accompagne les *états cachectiques*. Même à ce moment, les *rémissions*, de plus en plus rares, les *ictus*, de plus en plus fréquents, influencent les unes *favorablement*, les autres *défavorablement*, la *marche* des symptômes oculo-pupillaires.

En général, les *lésions ophtalmoscopiques* progressent, mais le malade conserve *la vue* presque *intacte*. *Il meurt avant d'être aveugle* (1). Tel est le tableau

(1) JEAN GALEZOWSKI. — *Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux. Thèse de Paris*, juin 1904.

complet des yeux du paralytique général aux divers stades de sa maladie.

Cette revue d'ensemble des troubles oculo-pupillaires dans la paralysie générale ne peut s'établir que par l'observation, non pas d'un très grand nombre de malades, pris à un moment quelconque de l'évolution de la maladie, mais de paralytiques généraux suivis depuis le début de leur affection jusqu'à la terminaison (1). Il semble que la cause de certaines divergences entre les auteurs au sujet de l'importance de l'inégalité pupillaires, par exemple, ou des contradictions des statistiques en ce qui concerne la fréquence des altérations du fond de l'œil, tienne à plusieurs raisons :

1° Les malades n'ont pas été examinés à la même période de leur affection.

2° Les statistiques portent d'ordinaire sur des paralytiques généraux au début, c'est-à-dire au moment où ces malades se laissent le plus facilement examiner.

3° En effet, à la période la plus avancée de la maladie, alors que les lésions sont très apparentes, cet examen devient très difficile à cause de l'indocilité fréquente du malade. Ici intervient la forme : ou expansive, ou dépressive, ou tabétiforme de la paralysie générale qui imprime au caractère du malade une tournure spéciale. Dès lors aussi entre en jeu la patience de l'observateur, non moins que son habileté à manier l'ophtalmoscope.

4° Enfin, il faut se garder de se laisser suggestionner et se méfier de soi-même. Aussi, tout examen de l'œil doit-il être fait par plusieurs observateurs qui se contrôleront réciproquement L'aide d'un ophtalmologiste est indispensable, en même temps qu'il est indispensable aussi d'examiner des yeux sains, afin de ne pas confondre les altérations sans importance diagnostique et qui se rencontrent à l'état normal, avec les états pathologiques. Il n'est pas moins nécessaire de répéter l'examen

(1) A. Rodiet, P. Caus, P. Pausier. — *De la valeur diagnostique des symptômes oculaires aux trois périodes de la paralysie générale.* (Dupuy, éditeur, Montpellier 1906).

à plusieurs jours d'intervalle, et pendant plusieurs mois.

Telle est la méthode qui donne les garanties les plus rigoureuses pour une étude aussi délicate et sujette à des résultats aussi contradictoires de la part des observateurs qui ont traité cette question. D'autant plus que la division classique en trois stades se succédant régulièrement : début, état, terminaison, division que nous avons adoptée pour la clarté du sujet, ne s'applique pas d'une façon absolue à la description des yeux des paralytiques généraux. Aussi bien à cause des ictus qu'à cause des rémissions, certains symptômes oculaires s'accusent, tantôt dès la première période, tantôt au contraire ne surviennent qu'à la fin. De sorte que le tableau clinique des troubles visuels du paralytique général est complet quelquefois dès le début ; d'autres fois, les signes observés sont très peu manifestes, alors que la cachexie est déjà survenue.

CONGRÈS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

SESSION DE LILLE ; 1er-7 août 1906

La séance d'ouverture du XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est tenue, mercredi matin, salle du Conservatoire, sous la présidence de M. Charles DELESALLE, maire de Lille, entouré de MM. l'Inspecteur général de l'Assistance publique, le Dr Drouineau, représentant M. le Ministre de l'intérieur ; le professeur Grasset, de Montpellier, président du Congrès ; Lyon, recteur de l'Académie de Lille ; de M. l'Inspecteur du 1er corps d'armée ; de M. Combemale, doyen de la Faculté de Médecine et de M. Chocreaux, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bailleul, secrétaire général.

M. le Maire a ouvert le Congrès par une allocution charmante, dans laquelle il se félicite de l'honneur qui

lui échoit de présider la première séance et du plaisir de souhaiter la bienvenue aux médecins aliénistes.

M. Delassalle souhaite que ses concitoyens offrent aux congressistes une hospitalité digne d'eux. Il croit que les médecins aliénistes ont choisi un champ très favorable à leurs travaux. Il fait l'éloge de M. Vincent, préfet du Nord, dont les questions d'hygiène sociale et d'assistance sont les constantes préoccupations et souhaite finalement aux congressistes de faire progresser leurs méthodes. — L'allocution de M. Delessalle a été longuement applaudie.

M. le Maire a donné ensuite la parole au Délégué de M. le Ministre. M. l'Inspecteur Drouineau espère que la nouvel session, qui s'ouvre sous les meilleurs auspices, ne sera pas moins féconde que les précédentes. Il fait l'éloge de M. le professeur Grasset, l'éminent neurologiste, appelé à diriger les travaux du Congrès; de la ville de Lille, où la vie industrielle ne le cède en rien à la vie intellectuelle, et de la région du Nord, où les œuvres d'assistance, d'hygiène, sont nombreuses et intéressantes et où les asiles d'aliénés ont acquis une importance et une notoriété indiscutables.

M. l'Inspecteur se félicite, pour l'humanité, de la valeur de l'école psychiatrique française. Le Conseil supérieur de l'Assistance publique est, dit-il, saisi de plusieurs questions nées des travaux des Congrès ; l'unification des retraites et le mode d'hospitalisation qu'il faut appliquer aux délirants aigus, la réglementation nouvelle dont le service médical des asiles doit être doté afin de rendre plus efficace le traitement des aliénés. Ces questions vont occuper une grande partie de la prochaine session du Conseil supérieur de l'Assistance publique (1).

M. l'Inspecteur met en lumière l'importance de cet acte et ses conséquences. Il estime que la considération d'un corps grandit avec la valeur personnelle de ceux qui le composent, et le soin qu'on apporte à son recrutement. Il termine en rappelant qu'il semble qu'il y a, en ce

(1) Nos lecteurs savent la part importante qui revient dans ces réformes au *Progrès Médical*, aux *Archives de Neurologie* et à leur Rédacteur en chef.

qui touche le milieu aliéniste, quelque chose de changé. L'opinion publique, dit-il, s'émeut plus que par le passé des choses qui touchent de près ou de loin à l'aliénation mentale. On sent que les réformes sont nécessaires, on a le désir manifeste d'y travailler, et déjà les faits en donnent la preuve. Persévérez donc, Messieurs, dans la voie que vous vous êtes tracée, puisqu'elle ne vous promet pas seulement des résultats pour l'avenir, mais qu'elle vous en apporte de réels et de certains dans le présent.

L'allocution de M. l'Inspecteur, si logique et si raisonnée, a été particulièrement goûtée.

M. le professeur Grasset, à qui M. le maire donne la parole, prononce alors un remarquable discours sur la psychiatrie et la neurologie, dont nous reproduisons le préambule.

Une œuvre, qui affirme sa vitalité par seize congrès successifs, et dans chacun de ses congrès, par les importants rapports et travaux que vous connaissez, répond nécessairement à une idée juste et occupe certainement une place importante dans l'évolution contemporaine de la science médicale.

Pour être utile et fécond, un congrès doit assurément grouper les hommes qui s'occupent spécialement d'une branche donnée de la médecine. Mais il doit surtout ne pas exagérer cette spécialisation étroite, qui trop souvent aboutirait à un émiettement faux et dangereux.

La principale cause du succès constant et croissant de notre œuvre est certainement ce fait que, loin d'exagérer la spécialisation, notre Congrès a toujours compris qu'il devait grouper en un seul faisceau et faire utilement collaborer les *aliénistes* et les *neurologistes*, c'est-à-dire tous ceux qui aiment et étudient le système nerveux de l'homme.

Trop longtemps les médecins, raisonnant comme le public, ont séparé les maladies de l'*esprit* et les maladies du *corps* et parqué les aliénistes et les neurologistes dans des domaines isolés, séparés par une haute muraille, sans autre ouverture que quelques meurtrières, et par un large fossé, sur lequel aucun pont ne permettait le rapprochement et la collaboration de ces voisins méfiants, qui étaient presque tentés de se considérer comme des rivaux.

Aujourd'hui, tout cela est bien et heureusement changé. On a renversé les murailles et comblé les fossés et, avec une émulation féconde, tous travaillent ensemble, s'entr'aident et se complètent pour mener à bien la difficile œuvre commune.

Aujourd'hui tout le monde sait que les aliénistes, comme les neurologistes, étudient les maladies du corps. Quelle que soit leur opinion personnelle sur l'âme des philosophes, ils ne poursuivent qu'un but et n'ont tous qu'un désir : approfondir le plus possible le fonctionnement normal et morbide du systeme nerveux, garantir le plus possible la société contre l'envahissement progressif par les systèmes nerveux anormaux, guérir ou tout au moins soulager le plus possible les malades du système nerveux.

Ce n'est pas trop de l'effort combiné de tous pour obtenir ces graves et difficiles résultats.

Pinel et Charcot, rapprochés aujourd'hui sur le parvis de la Salpêtrière, sont comme le symbole de cette union féconde, que les aliénistes et les neurologistes réalisent magnifiquement à l'intérieur de ce même temple, glorieusement élevé à la science neurologique française.

Voilà l'idée mère de notre œuvre, qui donne à nos Congrès une place à part, au milieu de tous les autres Congrès, qui sont, pour la plupart, trop larges ou trop étroits. Notre Congrès exprime l'union de tous les travailleurs du système nerveux basée sur l'unité même de ce système nerveux.

Il m'a paru utile d'affirmer et de développer cette pensée, qui est banale pour vous, mes chers Collègues, mais qui ne l'est peut-être pas encore pour tous nos confrères, pour l'ensemble du monde scientifique et pour tous ceux, si nombreux, qui s'intéressent aux choses de la science et plus spécialement aux questions, si éminemment sociales, du système nerveux.

Et, comme votre Président est condamné par l'inexorable tradition à payer par un discours l'honneur que vous lui avez fait en le désignant, il m'a paru bon d'essayer de démontrer une fois de plus devant vous l'unité de la science du système nerveux de l'homme, étudié à l'état normal et pathologique, l'*unité de la neurobiologie humaine*.

On peut ranger sous trois chefs les preuves de cette unité. La science des aliénistes et la science des neurologistes ne forment qu'une seule et même science, puisque l'une et l'autre étudient le *même objet*, appliquent les *mêmes méthodes*, poursuivent le *même but*.

Son discours terminé et les applaudissements qui l'ont accueilli ayant cessé, M. Grasset déclare ouverte la XVIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Après quelques mots de M. le Dr Giraud, président du XVe Congrès, et la lecture du rapport de M. le Dr Sizaret,

secrétaire général du XVe Congrès, M. le prof. Grasset, président, met aux voix l'élection des présidents d'honneur, vice-présidents et secrétaires du Congrès. Sont nommés :

Président d'honneur : M. Drouineau, inspecteur général, représentant M. le ministre de l'intérieur ; M. le préfet du Nord ; M. le maire de Lille ; M. le doyen de la Faculté de Lille ; M. Régis, ancien président ; M. Lemoine, l'un des fondateurs du Congrès ; M. Crocq, représentant du gouvernement belge ; M. Ballet, président de la Société de neurologie ; M. Briand, président de la Société médico-psychologique. *Vice présidents* : MM. Antheaume, Chardon et Sicard. — *Secrétaires des séances* : MM. Meige, Baruk, Pochon et René Charpentier.

La parole est à M. Maurice Dide pour l'exposé de son rapport.

Le sang chez les aliénés.

Dans un préambule net et conçis, M. Dide expose les traits généraux de son travail :

Le *poids spécifique* du sang est légèrement augmenté dans les états démentiels. Dans l'épilepsie, on note, au contraire, un abaissement qui précède la crise ; la densité revient d'ailleurs très vite à la normale. L'*alcalescence du sang* s'abaisse dans les états toxi-infectieux et dans l'épilepsie au moment de l'attaque. Les variations des éléments minéraux ont été peu étudiés, on sait seulement que, dans l'épilepsie, pendant les intervalles, l'urée est légèrement augmentée et pendant l'accès très notablement. D'autre part, les sels de potasse, qui dans l'intervalle des crises se dosent dans des proportions normales, sont manifestement augmentés pendant les accès. Puis il étudie les éléments figurés du sang : 1° L'hypoglobulie avec abaissement de la valeur globulaire, en psychiatrie, est généralement symptomatique d'une intoxication ou d'une infection ; 2° L'hyperglobulie est la traduction d'un état de concentration moléculaire du sang ; 3° Il est intéressant de voir l'abaissement de la résistance globulaire coïncider souvent avec la diminution de l'alcalescence du sang ; 4° La polynucléose avec hyperleucocytose s'observe au début des psychoses toxi-infectieuses et dans les états d'agitation ; 5° La mononucléose avec augmentation des grands mono, et légère hypoleucocytose, est un fait d'autant plus important à retenir qu'il est plus rarement constaté en pathologie ; 6° l'éosinophilie est l'indice de phénomènes critiques ; 7° les altérations

cycliques des globules rouges et des globules blancs dans l'épilepsie sont la traduction de l'auto-intoxication cyclique de cette affection.

Puis M. Dide aborde l'étude bactériologique :

Dans les maladies mentales toxi-infectieuses, l'hémoculture est souvent positive sans qu'aucun des germes trouvés puisse être considéré comme spécifique.

Les germes retirés du sang en dehors des périodes hyperthermiques peuvent être considérés comme saprophytes en ce sens qu'ils ne sont pas naturellement nocifs pour les animaux, et qu'ils ne se manifestent par aucun symptôme clinique permettant d'affirmer leur existence, ce qui n'implique pas d'ailleurs que leur présence soit négligeable, car le passage de bactéries dans le sang est un fait anormal. Ces germes acquièrent une grande importance par ce fait qu'ils peuvent voir leur virulence s'exagérer et devenir des facteurs importants dans la production des phénomènes pathologiques.

Des germes habituellement pathogènes peuvent circuler dans le sang des aliénés à l'état de saprophytes. C'est un fait nouveau sur lequel a insisté M. Dide, puisque l'on peut affirmer que des bactéries ayant des caractères morphologiques et de culture identiques peuvent être trouvés dans le sang des aliénés soit à l'état de saprophytes, soit à l'état d'agents pathogènes, en sorte qu'on en arrive à concevoir que ce qui fait la spécificité pathologique d'une bactérie est un caractère d'emprunt qui peut être conservé ou abandonné par cet organisme mono-cellulaire sans altérer ses caractères biologiques généraux.

Les recherches de CHARRIN et GUIGNARD, de ROUX et CHAMBERLAND avaient démontré qu'on peut provoquer le polymorphisme par les modifications des milieux de culture des germes.

Enfin, vu les réactions histo-chimiques, ni l'aspect morphologique ni les réactions bio-pathologiques ne sont spécifiques chez les bactéries.

Le rapporteur fait part alors de ses études sérologiques :

On est amené à désirer une simplification dans la nomenclature des substances à allures diastasiques dont le nombre se multiplie d'une façon inquiétante. On peut admettre l'unité de l'alexine, agent dissolvant de toutes les cellules à éliminer. Plus on ira et plus deviendront fréquentes les analogies entre les alexines et les toxines albuminoïdes. La destruction de cellules provoque deux réactions l'une, très forte, aboutit à la production d'une substance agissant sur les cellules détruites ; l'autre produit une substance agissant d'une façon diffuse sur un grand nombre de cellules. Cette façon de voir

prend une importance doctrinale, car la spécificité des réactions diastasiques perd son absolutisme et ne doit plus être considérée que comme une adaptation d'une aptitude latente qui comprend probablement la fonction sensibilisatrice et la fonction antitoxique.

Cette conception simple limite autant que possible le droit de cité d'agents dont l'individualisation n'est parfois que logique et rationnelle, sans démonstration expérimentale, mais encore elle montre qu'une même fonction, orientée par des facteurs différents produit des effets très dissemblables. Enfin la fonction de défense est troublée chez les aliénés par ordre d'intensité dans les psychoses confusionnelles aiguës ou suraiguës.

M. Dide en arrive alors aux conclusions psychiatriques :

L'hématologie entraînera dans l'avenir un remaniement profond dans la psychiatrie. L'étude de l'hérédité gagnera quand les altérations du germe seront plus complètement connues au point de vue expérimental ; or, dès maintenant, les méthodes existent ; il suffit de multiplier et de coordonner les résultats. Les maladies du fœtus fourniront d'importants documents au point de vue de l'héritage que l'individu apporte en naissant.

Le rapport de M. Dide est de nature à simplifier beaucoup la nosologie mentale ; d'abord les constatations de laboratoire ont confirmé ce qu'avait fait prévoir la clinique ; le délire des infections et des intoxications aiguës doit désormais ne comporter qu'une description : il est la traduction d'une atteinte directe de la cellule pensante par des toxiques charriés par le sang. Les psychoses toxi-infectieuses subaiguës sont la traduction d'une atteinte plus ou moins diffuse des cellules nobles du cortex par des toxiques complexes. On est en présence de ce qu'on peut appeler les manifestations *métatoxi-infectieuses*.

Dans les états mentaux chroniques de ce groupe, la même pathogénie intervient, mais ici, entrent en jeu les altérations des tissus de soutien (accidents *para-toxi-infectieux*). Ainsi la *démence précoce* se place à côté de la *paralysie générale*, ces deux entités morbides se caractérisant par des délires variables conditionnés par la méta-toxi-infection et par des troubles physiques progressifs régis par altérations para-toxi-infectieuses.

La démence précoce n'englobe pas tous les délires hallucinatoires chroniques, comme pour la paralysie générale, c'est beaucoup plus les signes physiques que le délire qui donnent à cette affection sa valeur d'entité clinique.

Les connaissances sur la physiologie pathologique de l'épi-

lepsie sont également précisées et la preuve d'une toxémie cyclique nous est fournie par l'hématologie.

Pour les psychoses d'involution, leur substratum anatomique s'édifie lentement et on conçoit que ce sont des états mentaux dépendant non seulement de la sénilité du cerveau mais encore d'altérations hépatiques et surtout thyroïdiennes et agissant sur le cerveau par l'intermédiaire de la circulation.

Le point capital que M. Dide a très bien mis en lumière est que les modificateurs puissants de la fonction de défense amènent la disparition des phénomènes délirants hallucinatoires et peuvent même provoquer des guérisons durables de psychopathies réputées incurables.

Si une thérapeutique rationnelle de la folie est créée, ce sera en partant de ces faits si bien exposés par M. Dide.

M. Taty félicite M. Dide de ce travail appelé à prendre place désormais dans tous les laboratoires de médecine mentale. Il le remercie de l'allusion faite dans son rapport aux travaux de l'Ecole lyonnaise sur la typho-psychose, travaux sur lesquels il reviendra d'ailleurs en communiquant au Congrès quelques expériences sur ce sujet. Il demande à M. Dide s'il a eu l'occasion de rechercher dans le sang le spirochaete pallida. Trois examens de foie qu'il a faits lui-même dans ce but ne lui ont donné que des résultats négatifs. L'un de ces examens fut fait dans des conditions très favorables, M. Taty ayant suivi la malade depuis les accidents syphilitiques secondaires jusqu'à l'éclosion d'une paralysie générale qui nécessita l'internement cinq ans après les premiers accidents syphilitiques et se termina par la mort après cinq ans d'internement. Aucun spirochète ne put être mis en évidence dans le foie.

M. Dide ne peut que confirmer ces constatations négatives. Toutes les recherches hématologiques qu'il entreprit à ce sujet avec M. Bodin furent négatives et cela confirme, déclare M. Dide, la possibilité de la guérison de la paralysie générale par le traitement habituel de la syphilis.

M. Maurice Faure rappelle les travaux qu'il fit dans le laboratoire de M. Gilbert Ballet, de 1898 à 1901, avec la collaboration de Laignel-Lavastine et Rosenthal, en cherchant, dans le sang et dans les humeurs, une explication des troubles mentaux. La recherche des microbes porta sur 206 cas que l'on peut diviser en trois séries : une première série comprend les recherches faites sur le cadavre dans les centres nerveux eux-mêmes, dans environ 100 cas où la mort avait été due à des maladies infectieuses variées accompagnées d'accidents men-

taux. Il ne trouva que dans cinq cas des éléments microbiens dus certainement à des fautes de technique : les microbes se trouvaient dans les vaisseaux, par conséquent dans le sang, et présentaient les mêmes caractères que des microbes précédemment décrits comme pathognomoniques. La deuxième série porte sur 64 cas d'affections diverses des centres nerveux ; le liquide céphalo-rachidien, examiné pendant la vie, présenta, dans quelques cas, des colonies microbiennes dues, là encore, à des fautes de technique. Enfin, dans une troisième série de 46 cas d'examens de sang de malades, présentant des maladies aiguës diverses avec délire, une seule fois on mit en évidence un élément microbien, c'était le bacille d'Eberth dans un cas de fièvre typhoïde.

M. Maurice Faure est frappé de la différence qui existe entre ces résultats et les résultats contenus dans le rapport, dont l'auteur décrit une vingtaine d'espèces microbiennes banales trouvées dans le sang de ses opérés. Il est d'accord avec M. Dide sur l'influence des toxines charriées par le sang, altérant les fonctions et la morphologie des éléments cellulaires centraux et c'était, d'ailleurs, par cette conclusion que s'étaient terminés, en 1901, les travaux de l'auteur.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — J'ai fait, avec MM. Régis et Laurès, des recherches très complètes sur la composition et les réactions du sang d'un certain nombre de sujets atteints d'affections du système nerveux (méningite chronique, confusion mentale, démence précoce, stupeur mélancolique, dégénérescence hystériforme, paralysie générale juvénile, etc.)

Ce qui est le plus remarquable dans les résultats que nous avons obtenus, c'est leur discordance : nous avons noté tantôt de l'hyperglobulie, tantôt une légère anémie, tantôt de la leucocytose, tantôt un chiffre normal de leucocytes, ainsi que des variations de sens contraire des rapports réciproques des globules blancs, un retard ou une accélération de la coagulation, etc., etc.

J'ai toujours été frappé, d'autre part, de l'insignifiance des modifications du sang par rapport à l'énormité de la tare nerveuse et à l'intensité des lésions et des troubles fonctionnels du système nerveux.

Sans doute, les causes morbigènes qui peuvent être à l'origine de la vésanie, causes qui sont parfois infectieuses ou toxiques, exercent leur influence et sur les centres nerveux et sur la crase sanguine ; aussi n'est-il pas surprenant que le début d'une telle vésanie s'accompagne de modifications du sang, imputables à ces causes plutôt qu'à la tare nerveuse contemporaine, et variables avec elles (paludisme, fièvre typhoïde, tuberculose, alcoolisme, syphilis, puerpéralité, etc..)

Mais les modifications des organes hématopoiétiques et du sang sont purement transitoires. Il est vrai que les tares nerveuses survivent souvent aux causes morbigènes et continuent à se répercuter de neurone à neurone sans influencer notablement le milieu sanguin. Aussi, à l'acné des vésanies, le sang peut-il se révéler cytologiquement normal, bien entendu s'il n'existe pas d'autres tares organiques susceptibles d'agir pour leur propre compte sur sa composition, plus puissamment que la tare nerveuse (cardiopathies, brightisme, tuberculose, etc.). Bien d'autres facteurs, étrangers à la vésanie ou dans une certaine dépendance vis à-vis d'elle, influent sur le sang des aliénés : les agents médicamenteux, la thérapeutique physique, les conditions de vie au grand air ou claustrée, le jeûne et la digestion, le repos ou l'exercice, le régime lacté ou mixte, les troubles vasomoteurs (états émotifs, hallucinations), etc. Il faudra tenir compte de tous ces éléments dans les déterminations et aussi dans les interprétations hématologiques futures. Encore faut-il ne pas oublier que, actuellement, des variations très grandes dans les résultats sont imputables à la technique et à l'équation personnelle.

En somme, je crois que bien des tares nerveuses une fois acquises ne troublent pas d'une façon sensible la composition morphologique du sang, lequel subit par contre, chez les aliénés comme chez d'autres sujets, des influences autrement puissantes. Il semble, en outre, contrairement à l'opinion soutenue par M. Dide, que les centres nerveux se suffisent à eux-mêmes dans la défense contre les toxi-infections. Les globules blancs du sang n'y interviennent que dans certaines infections suraiguës, méningites suppurées, abcès, etc. Dans les inflammations chroniques ce sont, soit les cellules dérivées des fibroblasies, des parois vasculaires et des endothéliums qui réagissent au cours des processus méningés et vasculaires, soit les cellules névrogliques qui interviennent quand la substance nerveuse est impliquée dans des inflammations lentes ou dans des nécrobioses.

M. Régis (de Bordeaux). — Je regrette que M. Dide n'ait pas mis en valeur, dans son rapport, la courbe urologique de ses délirants intoxiqués, en la comparant à leur courbe ou à leur formule hématologique. En ce qui me concerne, j'ai toujours constaté qu'aux modifications en plus ou en moins des éléments figurés du sang correspondaient toujours des modifications de même sens dans la composition des urines.

Par contre, je partage complètement l'opinion de M. Dide — opinion qui a du reste été souvent émise — relativement à l'influence heureuse de certaines infections sur l'évolution de quelques maladies mentales. Dans ces derniers temps, des

améliorations et même des guérisons ont été obtenues par différents auteurs, qui n'ont pas craint d'injecter à des aliénés des virus atténués.

M. Sicard (de Paris) — Je puis rappeler à ce propos les recherches infructueuses du tréponème, faites par M. Queyrat et par moi, dans les centres nerveux et dans les méninges de plusieurs paralytiques généraux et tabétiques.

M. Léri (de Paris). — J'ai recherché également, sans le moindre succès, le tréponème pâle dans le sang et au niveau des centres nerveux d'un sujet qui a succombé à une méningo-myélite ascendante aiguë développée au cours d'une syphilis récente.

M. Dide. — Succombant sous le poids des éloges, qui me payent, et bien au-delà, de mon effort, j'essaierai cependant de répondre aux objections que vous avez bien voulu formuler.

Je suis tout à fait d'accord avec MM. Taty et Sicard, et la recherche du spirochæte pallida est toujours négative dans le sang et les organes des paralytiques généraux.

Les constatations de M. Sabrazès sont incontestables, mais je pense qu'il faut, pour édifier une formule leucocytaire d'un état psychopatique, étant donné les contingences, les difficultés pratiques, un très grand nombre d'examens pour conclure et quelques résultats discordants s'annulent dans de longues séries.

Quant à la question des variétés leucocytaires, j'y ai consacré des développements suffisants, je pense, pour que je n'aie pas besoin d'insister ; je ne me suis pas étendu sur ce point dans mon exposé oral pour ne pas fatiguer l'attention des congressistes qui ne se sont pas spécialisés dans l'hématologie. Les altérations des para-thyroïdes n'ont jamais, que je sache, été signalées chez les aliénés.

Les constatations négatives de M. Maurice Faure viennent de ce qu'il a ensemencé à une époque où la technique était mal réglée; il s'est servi de tubes et, actuellement, on emploie des ballons contenant 250 gr. de bouillon qui sont indispensables pour arriver à des résultats positifs.

Enfin, le reproche de M. Régis de n'avoir pas parlé des rapports de l'hématologie et de l'urologie m'a été d'autant plus sensible que je possède un grand nombre de documents sur la question, je ne les ai pas publiés craignant d'allonger à l'excès mon rapport, dont le cadre m'était fixé.

Le cerveau sénile ;

Rapport présenté par M. le Dr Léri.

I. — *Vieillesse* et *sénilité* ne sont pas synonymes. La

vieillesse est la dernière période de la vie, on peut lui fixer un début conventionnel, l'âge de 60 ans par exemple ; la sénilité indique un état pathologique, que l'on rencontre presque toujours chez les vieillards, mais qui, n'étant pas fonction de l'âge, peut s'observer soit beaucoup plus tard, soit beaucoup plus tôt que le début de la vieillesse. Cet état peut aussi se constater à un degré très variable dans les différents organes d'un même individu, voire même dans les différentes parties d'un même organe. Aussi il est justifié de décrire une sénilité tardive et une sénilité précoce, une sénilité générale et des sénilités locales.

Dans tous les cas, il n'existe *pas d'organe sénile* et notamment de cerveau sénile, *sans lésions*. Les lésions de tout organe sénile peuvent être essentiellement diffuses, macroscopiques ou seulement microscopiques, sans foyer. Elles consistent en : atrophie, simple ou dégénérative, des éléments parenchymateux ; en prolifération plus ou moins modérée ou localisée des éléments interstitiels ; en lésions scléreuses des vaisseaux. Ces trois sortes de lésions ne paraissent pas, en général, dépendre l'une de l'autre, mais toutes trois dépendent de l'ensemble des intoxications exogènes et endogènes accumulées pendant toute l'existence, et souvent multipliées dans un âge avancé, par suite de certaines insuffisances organiques.

II. — Etude anatomique. — Dans l'étude anatomique du cerveau sénile, nous avons étudié d'abord le cerveau en lui-même, dans son aspect extérieur et intérieur, et dans ses trois sortes de lésions diffuses : lésions du tissu nerveux, lésions du tissu névroglique, lésions des vaisseaux. Nous avons réservé, un peu artificiellement, pour les étudier à part, les lésions en foyer du cerveau sénile qui sont le résultat fréquent, mais non constant, des lésions diffuses, spécialement des lésions vasculaires.

1° Le cerveau sénile atrophique. — A) *Etude macroscopique.* — Le cerveau sénile est presque toujours un cerveau petit et atrophié, son poids et son volume sont très diminués. L'atrophie ne porte pas de façon uniforme sur tout le cerveau, mais *de façon très prédominante sur les parties antérieures.* (1/3 ou plus souvent 2/3 antérieurs). La méninge est souvent épaissie, mais, d'autres fois, participe à l'atrophie du cerveau. Les cavités ventriculaires sont très dilatées par suite de l'atrophie de la substance cérébrale, les parois ventriculaires présentent des modifications variables. Le corps calleux est souvent très

aminci : le septum lucidum est ou mince et transparent, ou, ordinairement, dur et sclérosé.

La couronne rayonnante et les noyaux centraux participent à l'atrophie. D'une façon générale, la substance blanche de chaque circonvolution paraît *beaucoup plus diminuée que la substance grise.* Des dilatations périvasculaires (état criblé ou dilatations isolées) paraissent tenir au retrait du parenchyme cérébral atrophié autour des gaines vasculaires.

Le cervelet prend parfois part à l'atrophie du cerveau, mais son atrophie n'atteint pas le même degré.

B) *Etude histologique.* — 1° *Tissu nerveux.* a) Les *cellules nerveuses* s'atrophient et disparaissent : le nombre des cellules atrophiées n'est pas proportionnel à l'âge, il reste très souvent des cellules saines chez les sujets les plus âgés. L'atrophie cellulaire peut être simple, avec raréfaction des corpuscules de Nissl (fausse chromatolyse centrale) ou avec surcharge pigmentaire. Les différentes variétés de granulations pigmentaires qui ont été décrites sous le nom de « pigment jaune » paraissent dériver l'une de l'autre et représenter les phases successives d'un produit de dégénérescence. Aucune de ces altérations cellulaires ne diffère essentiellement de certaines altérations que l'on observe en dehors de la sénilité en particulier à la suite de certaines intoxications prolongées (alcoolisme chronique, urémie, etc.).

b) Les *fibres nerveuses* peuvent être *toutes* très diminuées de nombre. Les fibres radiées sont très diminuées dans la substance blanche et dans la substance grise des circonvolutions ; les fibres transversales sont également très diminuées, et notamment les *fibres tangentielles* de Tuczek : cette dernière lésion est celle qui paraît avoir été surtout constatée dans les démences, en particulier les démences sénile et paralytique ; elle existe aussi dans les cerveaux de séniles non déments. La dégénérescence des fibres myéliniques se fait généralement par atrophie simple, quelquefois avec colorabilité anormale, rarement avec formation de corps granuleux. Des corps amyloïdes sont assez fréquents et paraissent résulter de la segmentation de cylindraxes variqueux.

La disparition des fibres myéliniques explique pourquoi l'atrophie de la substance blanche paraît beaucoup plus considérable que celle de la substance grise : la partie périphérique de la substance blanche devient grise par suite de la disparition des gaines de myéline ; la cou-

che grise augmente aux dépens de la couche blanche sous-jacente.

2° *Tissu névroglique.* a) Les *cellules névrogliques* paraissent augmenter de nombre ; mais l'augmentation est sans doute plus apparente que réelle, elle est surtout relative et résulte de la diminution des éléments nerveux.

Les noyaux qui entourent certaines cellules nerveuses en voie de destruction ne jouent nullement le rôle de neuronophages ; leur accumulation, toujours modérée, est due peut-être à une réaction inflammatoire, plus probablement à une irritation toxique ; peut-être n'y a-t il qu'une multiplication apparente et, en réalité, un simple tassement du tissu dans les espaces laissés vides par l'atrophie des cellules nerveuses.

b) La prolifération des *fibriles névrogliques* détermine des *scléroses*. La sclérose sénile est toujours modérée ; elle est diffuse, mais non uniforme et présente des sièges de prédilection; on observe surtout la sclérose sous-pie-mérienne, la sclérose périvasculaire. On voit quelquefois une *sclérose miliaire de l'écorce* cérébrale qui paraît être en rapport avec des crises d'épilepsie sénile, peut-être avec la démence (5 cas, dont un personnel). Les mêmes lésions des cellules et des fibres, nerveuses et névrogliques, peuvent être observées dans l'écorce et dans les noyaux gris centraux.

3° *Vaisseaux.* Les lésions artério-scléreuses des vaisseaux intra-cérébraux ne sont pas toujours proportionnées aux lésions athéromateuses des vaisseaux de la base ; elles ne sont pas non plus analogues dans les différentes parties d'un même cerveau, ni même dans les vaisseaux les plus voisins. La lésion est une artérite le plus souvent totale ; plus rarement on constate l'endartérite, la périartérite, la mésartérite. La dégénérescence colloïde, la dégénérescence fibro-hyaline, la dégénérescence calcaire sont plus rares. Les lésions des capillaires sont peu connues ; la dégénérescence graisseuse ne semble ni très fréquente ni proportionnée à la sclérose des petites artères.

4° Toutes les *lésions en foyer* paraissent déterminées surtout par les altérations vasculaires ; l'altération du parenchyme est peut-être une cause prédisposante. Ces lésions sont :

1. Des *scléroses périvasculaires* et « *paravasculaires* » ; cette dernière variété, rare, aurait une disposition en

rapport avec la distribution des vaisseaux, mais se localiserait non à leur pourtour, mais à distance, dans les parties sans doute les plus mal irriguées ; 2. des *hémorrhagies miliaires* qui sont très fréquentes dans les cerveaux séniles et sont tout à fait indépendantes de tout anévrysme miliaire ; 3. des petits foyers multiples de « *ramollissement incomplet* », tel que ceux de l' « atrophie artério-scléreuse du cerveau », de l' « encéphalite chronique sous-corticale », de la « destruction corticale sénile » ; 4. des *foyers de désintégration lacunaire*. 5. des foyers d'*état vermoulu* ; 6. de gros foyers de *ramollissement* et d'*hémorrhagie cérébrale*.

5° Les *lésions diffuses* ne paraissent, au contraire, pas être sous la dépendance directe des altérations des vaisseaux. Les scléroses diffuses et les atrophies nerveuses de la sénilité sont dues sans doute à l'action *directe*, sur ces tissus, des mêmes toxiques qui, de façon indépendante, produisent l'altération des vaisseaux.

L'atrophie des cellules, et des fibres nerveuses en particulier, semble être l'aboutissant direct, sur ces éléments, de toutes les intoxications de l'existence ; la sénilité et la dégénérescence atrophique des cellules nerveuses seraient ainsi la conséquence de multiples états *pathologiques* plutôt que l' « involution » physiologique de cellules non susceptibles de reproduction. La démence sénile serait probablement le terme, plus prononcé que normalement, du processus anatomique commun, d'origine toxique, de désintégration et d'atrophie des cellules et des fibres nerveuses.

2° Les petites lésions en foyer du cerveau senile. — Deux variétés de petites lésions en foyer semblent à peu près exclusives à la sénilité : les lacunes de désintégration et l'état vermoulu.

Les *lacunes* ont toujours une origine vasculaire ; elles peuvent reconnaître pour cause non seulement une « encéphalite destructive avec corrosion excentrique du tissu nerveux », mais aussi la résorption d'une hémorrhagie miliaire ou un véritable ramollissement par oblitération artério-scléreuse ou fibro-hyaline d'un vaisseau.

L'*état vermouiu* est une ulcération corticale, qui s'enfonce en coin surtout dans l'extrémité libre des circonvolutions et ne dépasse guère la substance grise. Il reconnaît pour cause la prédominance d'une désintégration progressive du tissu nerveux avec prolifération né-

vroglique dans le territoire de certaines artères nourricières courtes, lésées par l'artério-sclérose, mais non oblitérées. L'intensité de la désintégration nerveuse surtout des fibres tangentielles et de la prolifération névroglique dans ces cas explique pourquoi l'état vermoulu coïncide d'ordinaire avec un état démentiel assez prononcé et parfois avec l'épilepsie sénile.

3° Les grosses lésions en foyer dans la sénilité. — Les ramollissements et hémorrhagies cérébrales, assez fréquentes dans la sénilité, ne diffèrent pas sensiblement à un âge avancé de ce qu'elles sont à l'âge adulte.

III. **Aperçu clinique.** — A. Neurologie. — *L'artério-sclérose cérébrale.* — L'artério-sclérose est rarement purement cérébrale, on en trouve ailleurs des signes somatiques.

Les signes de l'artério-sclérose cérébrale ne sont pas proportionnés à l'intensité des lésions vasculaires. Les signes de l'artério-sclérose cérébrale présentent le caractère intermittent ou paroxystique de véritables «claudications intermittentes du cerveau ». Ce sont surtout le vertige, des céphalalgies, bourdonnements d'oreille, somnolences ou insomnies, troubles du caractère, fatigue physique et mentale rapide ; amnésie, embarras de la parole, aphasie transitoire, hémiparésie, courtes attaques apoplectiques non suivies d'hémiplégie. On trouve tous les termes de passage entre ces accidents fugitifs et les « ictus» lacunaires.

L'artério-sclérose cérébrale peut prendre, au début, l'aspect de la neurasthénie. Les lésions en foyers multiples peuvent simuler des ramollissements circonscrits, mais ils se caractérisent par la lenteur progressive du début et la rapidité des modifications.

Les hémiplégies. — Les hémiplégies brusques et complètes, analogues à celles de l'adulte et dues au ramollissement ou à l'hémorrhagie cérébrale, ne sont pas les plus fréquentes chez le vieillard ; elles se terminent rapidement par la mort dans la plupart des cas sans avoir le temps d'aboutir à la contracture. Les grosses hémiplégies avec contracture des vieillards sont rares et datent presque toujours de l'âge adulte.

Les véritables hémiplégies des vieillards reconnaissent le plus souvent pour cause les lacunes de désintégration.

L'hémiplégie débute généralement par un ictus très léger, très incomplet et très passager. Les symptômes

de cette hémiplégie sont essentiellement transitoires, incomplets et, sinon partiels, du moins très prédominants au membre inférieur ; il n'en reste bientôt que la marche à petits pas, parfois la marche, en traînant les pieds, parfois une légère maladresse du membre supérieur dans les mouvements délicats. Quelquefois on constate une tendance à tomber en arrière avec orteil en griffe.

De la dysarthrie, de la dysphagie, du rire et des pleurs spasmodiques, des troubles psychiques, donnent assez souvent aux hémiplégiques lacunaires l'aspect de « petits » pseudo-bulbaires. L'hémiplégie lacunaire est volontiers récidivante : elle prédispose aux hémorrhagies et aux ramollissements rapidement mortels. Les artério-scléreux lacunaires meurent plus souvent par le cerveau que par les reins ou par le cœur.

Les paraplégies. — La paraplégie peut être simulée dans la vieillesse par l'affaiblissement musculaire prédominant aux membres inférieurs, par une sorte d'astasie-abasie tenant à la crainte qu'éprouve le vieillard de ne plus pouvoir marcher à la suite d'une lésion minime, cérébrale ou non, enfin et surtout par une hémiplégie lacunaire bilatérale.

Les véritables paraplégies lacunaires paraissent rares ; elles restent généralement plus ou moins flasques. Les paraplégies médullaires spasmodiques vraies s'observent soit dans la sclérose combinée sénile, soit peut-être dans quelques cas de sclérose plus ou moins diffuse, d'origine vasculaire ou non.

Epilepsie sénile. — L'épilepsie sénile peut présenter toutes les variétés cliniques de l'épilepsie juvénile, avec ou sans quelques modifications symptomatiques ; les troubles mentaux seraient plus constants et plus rapides. On lui reconnaît surtout deux causes : la syphilis, par l'intermédiaire de plaques de méningite scléro-gommeuse et l'artério-sclérose, soit par ses lésions diffuses, soit par des foyers de désintégration non lacunaire ou par la cérébro-sclérose lacunaire. Elle paraît pouvoir reconnaître aussi pour cause déterminante l'état vermoulu ou surtout la sclérose miliaire de l'écorce cérébrale : dans les 5 cas jusqu'ici signalés de cette dernière lésion, il y a toujours eu de l'épilepsie sénile.

L'épilepsie sénile paraît donc plus fréquemment symptomatique que l'épilepsie juvénile ; pourtant la connaissance de plus en plus approfondie des causes déterminan-

tes n'élimine pas la nécessité possible d'une cause prédisposante, héréditaire ou acquise, d'une aptitude convulsive.

B. Psychiatrie. — 1° *L'état mental des vieillards.* — On trouve toute une série d'états de transition entre la conservation parfaite de l'intelligence et la démence sénile. Les vieillards les mieux conservés au point de vue mental ont une diminution de la mémoire des faits récents et une diminution de l'imagination créatrice : ils sont toujours en baisse par rapport à eux-mêmes. La plupart des vieillards sont plus notablement affaiblis : diminution plus marquée de la mémoire allant du nouveau à l'ancien et du complexe au simple ; modification du caractère, perte des sentiments affectifs, égoïsme, avarice, indifférence pour les faits graves, émotivité excessive pour les petits faits les concernant personnellement ; tendance aux idées hypochondriaques et de persécution ; diminution du raisonnement, du jugement, des associations d'idées, de l'attention, de la volonté. La démence simple est l'exagération de la déchéance de toutes les facultés intellectuelles, le retour à l'instinct avec conservation d'actes automatiques plus ou moins compliqués. Des idées délirantes inconsistantes et non systématisées peuvent être la conséquence de la démence avec illusion ou hallucinations. Elle détermine deux sortes de réaction: l'excitation ou l'apathie.

Des actes délictueux : exhibitionnisme, attentats à la pudeur, vol, impulsions homicides ou suicides, peuvent être accomplis avec inconscience par les vieillards affaiblis ou déments ; l'irresponsabilité est évidente chez les déments, elle peut paraître douteuse ou limitée chez les simples affaiblis, d'autant plus que, dans les actes « médico-légaux » des affaiblis séniles, on peut retrouver les marques, considérablement exagérées d'une tendance vicieuse déjà manifeste dans l'âge adulte.

A la démence simple ou avec idées délirantes peuvent se joindre des épisodes délirants, prenant surtout la forme de la confusion mentale et de la mélancolie anxieuse. L'affaiblissement sénile et la démence simple, avec ou sans idées délirantes vagues et isolées, paraissent devoir s'expliquer par l'atrophie et la dégénérescence des cellules cérébrales et des fibres nerveuses ; ils peuvent apparaître précocement, comme la sénilité cérébrale anatomique, chez des intoxiqués chroniques, notamment des alcooliques. Les épisodes délirants paraissent résulter d'une intoxication ou toxi-infection sur un cerveau déjà

en imminence d'insuffisance fonctionnelle par le fait de l'athérome.

2° *Les troubles mentaux de l'artério-sclérose*, spécialement étudiés dans ces derniers temps, représentent une des formes de la « claudication intermittente du cerveau » et se font surtout remarquer par leur caractère intermittent ou paroxystique. La forme légère se révèle par la fatigue mentale rapide, la faiblesse de l'idéation et des conceptions. Les formes graves se manifesteraient par des troubles mentaux sérieux ayant pour caractère dominant la rapidité des aggravations et des améliorations plus que le déficit intellectuel véritable ; la démence est souvent moins profonde qu'elle n'en a l'air au premier abord, certaines parties de la personnalité sont conservées et le malade garde très longtemps conscience de son état.

Ces diverses variétés de troubles mentaux de l'artério-sclérose s'accompagnent d'un plus ou moins grand nombre de signes somatiques de l'artério sclérose cérébrale ou généralisée (cardiaque, aortique, rénale, périphérique, etc.)

Certaines formes simulent la paralysie générale ; les rémissions et les guérisons, la longue durée, les caractériseraient surtout.

B) *Les psychoses des vieillards.* — Il faut distinguer les psychoses de la vieillesse (vieillards-aliénés) et les psychoses dans la vieillesse (aliénés-vieillards). M. Ritti les a récemment étudiées les unes et les autres.

IV.— Dans l'étude anatomique comme dans l'étude clinique, nous avons été amené constamment à rapprocher les altérations séniles des altérations par intoxications prolongées ; cette étude nous paraît être un argument en faveur de la théorie qui fait de la sénilité, dans le cerveau comme dans les autres organes, l'aboutissant de toutes les intoxications de l'existence.

M. Anglade (de Bordeaux). — Il y aurait eu, à mon avis, une manière bien séduisante d'envisager, dans son ensemble, la question complexe du cerveau sénile. C'était de considérer d'abord les troubles psychiques qui, lorsqu'il s'agit du cerveau, doivent toujours garder la préséance, ensuite les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, réflexes, etc., et, cela fait, d'envisager les lésions multiples du cerveau sénile, pour tenter enfin une superposition des données cliniques aux altérations anatomiques.

Il est vrai que le rapporteur, s'il a mis les troubles psychi-

ques au dernier plan, ne les a pas moins bien décrits : il nous a montré le vieillard toujours quelque peu sénile psychiquement, et le sénile toujours mentalement affaibli, souvent délirant, excité, déprimé, etc., etc. J'ajoute que le radotage sénile est fréquemment associé à un degré d'aphasie sensorielle (jargonaphasie, paraphasie, aphasie amnésique), etc., etc., et enfin que la démence sénile réalise, quand elle se complique d'un appoint méningé, le syndrome complet de la paralysie générale. La paralysie générale sénile est bien une réalité clinique.

Au point de vue neurologique, il y a également quelques lacunes dans l'exposé clinique de M. Léri. Le cerveau sénile traduit sa sénilité non seulement par des hémiplégies, des paraplégies, des accidents convulsifs, mais encore par des tremblements, des troubles de la réflectivité, de la sensibilité générale et spéciale, etc. Il est vrai qu'il y a dans le rapport une brève indication sur l'état de la réflectivité : le réflexe des orteils serait ordinairement en *extension* dans les hémiplégies et paraplégies lacunaires. De mon observation il résulte, au contraire, que le réflexe de Babinski se produit, habituellement, en flexion. Les tremblements, les troubles sensoriels et sensitifs, etc., ont été passés sous silence. Pourtant, les troubles de l'olfaction, de la vision et de l'audition sont fréquents dans la sénilité, et il s'agit d'organes qui sont des émanations cérébrales, que la sclérose frappe au même titre que le cerveau et parfois de bonne heure.

Ces regrets exprimés, j'arrive au fond de la question, à l'étude des lésions de la sénilité cérébrale. La lésion des cellules cérébrales est indiscutable. Les éléments nerveux sont altérés qualitativement et quantitativement. L'altération quantitative a ici plus de valeur encore que l'altération qualitative. Les vaiseaux sont souvent lésés ; pas toujours de la même façon ni au même degré. Il est manifeste qu'on a exagéré considérablement le rôle des lésions vasculaires. En réalité, l'atrophie sénile, les formations lacunaires ne sont pas le résultat d'une nécrose pure et simple résultant d'une oblitération artérielle. Dans tout le cerveau d'un dément sénile, au niveau des foyers chez les lacunaires, ce qui frappe surtout c'est l'importance de la réaction encéphalitique interstitielle inflammatoire. On peut différer d'avis sur la signification de cette réaction, soutenir avec de bons arguments qu'elle est primitive ou seulement secondaire ; ce que tout le monde reconnaîtra après examen de mes préparations, c'est la réalité de cette réaction névroglique toujours intense.

La sclérose des séniles se présente sous deux aspects très différents. Elle est diffuse, englobe tout le cerveau ; cette diffu-

sion souffre pourtant des prédominances régionales. Un sénile jargonaphasique, par exemple, a toujours une temporale gauche plus scléreuse. Le caractère essentiel de cette sclérose diffuse est de ne pas aboutir à la formation lacunaire. Au contraire, dans une catégorie de cerveaux séniles, celles qui a été plus spécialement visée dans le rapport, la sclérose n'est pas aussi diffuse ; elle s'organise par plaques et aboutit à la lacune. Voici comment : c'est d'abord la réunion, en un point qui n'est pas toujours le voisinage d'un vaisseau, d'arthrocytes géants et néoformés, multinucléés, à protoplasma visible, à gros prolongements formés de groupements fibrillaires. A cet aspect caractéristique succède celui du tassement fibrillaire avec effacement des figures arthrocytaires, disparition des noyaux. La plaque de sclérose est mûre ; elle va s'effriter et la lacune commencera. Le processus inflammatoire gagne au pourtour de cette lacune et par la transformation successive des éléments, la lacune s'agrandit, lorsque toutefois, comme il arrive surtout chez un sujet jeune, il n'y a pas une tendance à la limitation cicatricielle. Les diverses étapes de cette formation lacunaire peuvent être aisément suivies sur de bonnes préparations et particulièrement sur des coupes de cervelets lacunaires. C'est par un processus identique, mais superficiel, que se réalise l'état vermoulu, qu'il faut rapprocher d'une lésion identique, selon moi, au niveau de l'épendyme. On y voit se former des plaques de sclérose sous-épendymaire qui se détachent et tombent dans le ventricule, laissant à la paroi un aspect rugueux.

Si j'essaie maintenant de faire une tentative de superposition, je dirai que la sclérose diffuse correspond à la démence sénile avec excitation maniaque, mélancolique, paranoïaque, etc., avec jargonaphasie-paraphasie intermittente ; à la paralysie générale sénile. Tandis qu'aux états lacunaires correspondent plus particulièrement les troubles de la motilité, de la sensibilité, de la réflectivité. Ce qui ne veut pas dire que l'état lacunaire n'occasionne pas la démence. Je crois pouvoir faire, à ce propos, une distinction : pour qu'il y ait une démence dans les états lacunaires il faut que l'écorce soit atteinte. Cette règle souffre quelques exceptions. Les lacunes des étages inférieurs avec intégrité corticale peuvent être très importantes sans entraîner une déchéance intellectuelle notable. J'ajoute qu'avant d'interpréter les diverses formes paraplégiques par ces lacunes, il faudra s'enquérir de l'état du cervelet. Il n'a rien été dit de ce cervelet chez les lacunaires et pourtant il est toujours intéressé à un degré qui pour être microscopique, n'en est pas moins très accusé. On ne peut interpréter correctement ces troubles de la marche des séniles

où les désordres de l'équilibration semblent bien cliniquement jouer un rôle tant qu'on méconnaîtra les lésions cérébelleuses dont je signale l'extrême fréquence.

Je devrais me borner à vous présenter des faits. Il me sera permis cependant de faire une incursion dans le domaine des considérations hypothétiques. Il m'a semblé, en regardant de nombreuses préparations provenant de maladies cérébrales très différentes, que l'on pouvait considérer la cellule nerveuse et la cellule névroglique comme des sœurs ennemies s'observant tout le long de l'existence, toujours prêtes à se combattre à la première occasion morbide. La maladie diminue la résistance de la cellule nerveuse, exalte, au contraire, l'activité de la cellule névroglique. L'une réagit par la mort, l'autre par la prolifération. Il est frappant de constater qu'en fin de compte la névroglie triomphe avec le secours de toutes les causes de la sénilité. Dans le cerveau qui succombe, un élément semble doué d'une puissante vitalité, c'est la névroglie.

M. Raymond (de Paris).—Je désire rappeler que MM. Lejonne et Lhermitte ont publié sous ma direction différents travaux sur les paraplégies des vieillards et montré que parmi ces paraplégies certaines sont d'origine cérébrale, d'autres d'origine médullaire, d'autres enfin d'origine musculaire.

Les paraplégies cérébrales sont bien dues aux lacunes de désintégration, mais à côté de l'hémiplégie décrite par MM. Pierre Marie, Ferrand, etc., hémiplégie qui peut se terminer par une pseudo-paraplégie, il existe des paraplégies vraies d'emblée, qui forment un type clinique parfaitement distinct.

Les paraplégies myélopathiques reconnaissent pour cause la sclérose polyfasciculaire de la moelle. MM. Lejonne et Lhermitte, en examinant d'une façon systématique, chez plusieurs malades, la moelle et le cerveau sur de nombreuses coupes microscopiques, ont établi solidement l'existence anatomique de cette forme de paraplégie.

Il peut évidemment exister chez les vieillards des scléroses médullaires polyfasciculaires sans paraplégie, de même qu'il existe chez eux des lacunes cérébrales sans hémi ni paraplégie : ce n'est pas là un argument pour refuser à la sclérose polyfasciculaire, pas plus qu'on ne la dénie aux lacunes, la faculté d'être, dans certains cas, l'origine des troubles moteurs, et dans l'espèce de paraplégies.

M. Grasset (de Montpellier). — J'appelle l'attention sur un détail curieux de certaines formes de paralysie cérébrale chez les scléreux qui marchent à petits pas et en raclant le sol : c'est la conservation de la force du mouvement *volontaire*.

Quand on dit à ce malade, qui soulève à peine les pieds et trébuche à la moindre irrégularité du sol, de marcher en fléchissant la cuisse très haut, en steppant, il exécute parfaitement ce mouvement à son grand étonnement. De même, si l'on prend chaque articulation l'une après l'autre, et si on lutte contre le malade pour chaque mouvement successivement, on constate qu'il a conservé une grande force. Si les particularités que je signale étaient confirmées, on pourrait conclure qu'il s'agit d'un trouble de l'automatisme moteur, de la marche inconsciente, de la coordination cérébrale plutôt que de la marche volontaire et consciente de la volonté motrice, et ceci distinguerait symptomatiquement les faits dont je parle des faits de paraplégie médullaire et d'hémiplégie cérébrale bilatérale.

M. Meige (de Paris). — La distinction que M. Grasset vient d'établir entre les mouvements spontanés et les mouvements après commandement, dans certains cas d'hémi ou de paraplégie cérébrale, est très utile à connaître, car elle permet d'obtenir de très réelles améliorations au point de vue de la motricité en apprenant à des malades comment ils peuvent agir plus, en voulant plus et mieux.

M. Léri répond à M. Anglade qu'il a fait, dès le début, une tentative de superposition des lésions anatomiques et des syndromes cliniques ; en dehors d'un petit nombre de faits, cette superposition, très tentante au premier abord, ne lui a pas paru réalisable pour l'ensemble de l'étude du cerveau sénile ; c'est encore un idéal vers lequel doit tendre l'avenir et, actuellement, il a été obligé de se contenter de faire de fréquentes incursions dans la clinique à propos de l'étude anatomique et dans l'anatomie à propos de l'étude clinique. S'il n'a pas commencé l'étude du cerveau sénile par la description de la déchéance mentale, c'est que le cerveau est, non seulement l'organe de la pensée, mais aussi l'organe central du mouvement, de la sensibilité et le rapporteur ne pouvait perdre de vue qu'il avait à traiter une question de neurologie.

M. Léri s'incline devant la haute compétence de M. Anglade en matière de névroglie, mais il se demande pourtant si l'importance de la prolifération névroglique est aussi grande ; peut-être n'est-elle pas primitive et, en tous cas, il insiste sur ce fait qu'elle ne lui paraît pas être la cause constante des lacunes de désintégration.

A M. Grasset, il répond que l'intégrité des mouvements volontaires isolés des membres chez les hémiplégiques lacunaires forme, en effet, un contraste frappant avec les troubles de la marche ; il était très intéressant de signaler, comme l'a

fait M. Grasset, l'intégrité de la « marche volontaire » avec une altération prononcée de la « marche automatique ».

M. Léri, répondant à M. Raymond à propos des importantes recherches de Lejonne et Lhermitte sur les paraplégies des vieillards, rappelle la distinction qu'il a faite dans son rapport entre les « pseudo-paraplégies » par hémiplégie bilatérale lacunaire, des paraplégies vraies, soit lacunaires, soit myélopathiques. Comme le fait remarquer M. Raymond, ces paraplégies lacunaires seraient peut-être dues surtout à des lésions bilatérales des lobules paracentraux. D'un autre côté, dans certains cas où les lésions des faisceaux pyramidaux dépendent manifestement des lacunes cérébrales, d'une lacune de la capsule interne, par exemple, ces lésions pyramidales sont pourtant beaucoup plus nettes dans la région dorsale dans la région cervicale : cela tient, sans doute, à une sorte de condensation des fibres du faisceau pyramidal dans les régions inférieures, plus ou moins analogues à la condensation des fibres radiculaires postérieures dans le cordon de Goll à la région cervicale.

Seance du 4 août. — PRÉSIDENCE de M. GRASSET.

La responsabilité des hystériques.

M. LEROY (de Ville-Evrard), *rapporteur.* — Lorsque l'expert est commis pour examiner un hystérique délinquant, son premier soin doit être de s'assurer que l'inculpé ressortit bien à la névrose. Son diagnostic doit être basé sur les symptômes somatiques et psychiques de l'hystérie constatés par lui ou mentionnés dans les antécédents : attaque dans ses différentes variétés, paralysies et contractures, troubles sensitifs, mutisme, accidents viscéraux, somnambulisme, état crépusculaire, etc.

Le diagnostic posé, le médecin légiste a deux points essentiels à envisager : le sujet en lui-même et les caractères particuliers de l'acte incriminé, ainsi que des circonstances qui l'ont accompagné.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance primordiale de l'étude de l'inculpé, de ses antécédents, de son niveau mental, des particularités de son caractère, des incidents par lesquels se manifeste le plus souvent chez lui la névrose, etc.

Un inculpé ayant présenté des attaques d'hystérie moyenne, voire même de petites attaques vulgaires, du somnambulisme, des paralysies ou des contractures, a certainement un système nerveux plus touché que la jeune fille chez laquelle on constate des crises syncopales avec une sensation plus ou moins nette de constriction cervicale.

On peut admettre aussi que la constatation d'une grande anesthésie ou d'un rétrécissement énorme du champ visuel implique l'existence d'une grave perturbation des centres psychiques. L'anesthésie hystérique, d'origine auto-suggestive, est une insensibilité par inconscience, par désagrégation mentale, une insensibilité psychique indiquant un dédoublement de la personnalité. Il est bien évident, d'autre part, que l'examen des stigmates mentaux, le degré de suggestibilité, d'aboulie, d'amnésie, d'anorexie, doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation médico-légale. Il en est de même de la mentalité du sujet, révélée par sa vie entière:

Ces considérations générales suffisent à montrer que la responsabilité varie nécessairement avec chaque sujet et qu'on ne peut guère appliquer à l'un les règles qui seront de mise pour l'autre. Si la maladie est légère, ce n'est pas sa constatation qui pourra à elle seule innocenter le délit, il faut d'autres éléments. L'hystérie est-elle, au contraire, grave, s'accompagne-t-elle de crises nombreuses, de délire hallucinatoire, de somnambulisme, d'importants symptômes physiques, nous croyons que l'expert doit tendre vers l'irresponsabilité, quand bien même l'acte n'aurait aucun caractère hystérique et paraîtrait avoir été inspiré par les mobiles les plus pervers. La plupart des experts concluent actuellement, dans ce cas, à la responsabilité atténuée. Je crois, au contraire, qu'on doit considérer le délinquant comme un malade et conclure à l'irresponsabilité complète. La névrose a, en effet, toujours pour conséquence une véritable infériorité psychique ; les sentiments altruistes ou sociaux disparaissent en même temps que se retrécit le champ de la conscience. La place de l'hystérique est à l'asile et non à la prison ; c'est un malade qui relève des médecins.

Cette notion de l'irresponsabilité de l'hystérique avec troubles graves du système nerveux est déjà pratiquement reconnue. Lorsqu'un détenu d'une maison centrale présente des attaques d'hystérie avérée, on ne le garde pas en prison ; jusqu'à cette année on avait l'habitude de le transférer à l'asile des aliénés criminels de Gaillon. Par suite de la fermeture provisoire de cet établissement on le place désormais à l'asile départemental le plus voisin.

Si importante qu'elle soit, l'étude de l'inculpé, de ses antécédents, de ses manifestations morbides est secondaire par rapport à celle de l'acte lui-même. Un hystérique, en effet, peut très bien être responsable de certains actes et irresponsable d'autres, cela dépend du moment et des circonstances. Etendre trop loin l'irresponsabilité de tels individus serait leur donner, au détriment de l'ordre public, un véritable bill

d'indemnité. Cette conclusion a été admise par tous les auteurs — au premier rang desquels il faut citer Legrand du Saulle — qui se sont occupés de la responsabilité des hystériques.

Quels que soient les actes commis pendant les troubles mentaux associés aux attaques : hallucinations, idées délirantes, agitation, états extatiques, etc., il est évident que l'expert doit conclure à une irresponsabilité totale. Il en est de même pour les actes accomplis pendant les délires transitoires, plus ou moins frustes, qui sont les seuls délires hystériques vrais et qui doivent être considérés comme les équivalents de la crise convulsive.

La même irresponsabilité totale doit être acquise aux actes quels qu'ils soient, vols, homicides, fugues, etc., commis pendant le somnambulisme. C'est dans ces cas que l'on peut dire que le malade est un pur automate devenu le jouet de son idée fixe. Les mêmes considérations s'appliquent à l'état second qui n'est qu'un état somnambulique prolongé. Dans cette double vie, du reste, les phases de l'existence sont assez distinctes pour que le patient puisse présenter et présente souvent dans chacune d'elles une mentalité différente. Une hystérique timide à l'excès, à l'état normal, peut se montrer bruyante, hardie et téméraire dans l'état second. L'inculpé ne sera, en tous cas, déclaré irresponsable que si le délit a été réellement commis pendant l'état somnambulique.

Plus délicate est la recherche de la responsabilité dans les actes accomplis en état de subconscience. Ces « états crépusculaires » marquent parfois le prélude ou la fin d'une attaque convulsive ; quelquefois aussi ils alternent avec celle-ci ou se présentent spontanément sans aucune connexité avec les accidents convulsifs, réalisant ainsi un équivalent psychique de l'attaque. Ces états de subconscience avec ou sans troubles sensoriels, avec ou sans désorientation, s'accompagnent d'amnésie. Leur caractère morbide ne peut pas être mis en doute et l'irresponsabilité doit être acquise à tous les actes, vols ou homicides, exécutés pendant ces états.

Si, comme cela est assez fréquent, l'expert ne peut arriver à démontrer l'existence de cet état de subconscience au moment de l'acte, le problème devient très délicat. Voici habituellement comment les choses se présentent : un sujet de conduite correcte, complètement lucide, commet un crime puis, l'acte accompli, prétend n'en avoir gardé aucun souvenir, ne pas connaître le premier mot de la chose dont on lui parle, etc., etc. Comment dépister ici le mensonge, la supercherie ? Si l'on peut démontrer l'existence d'une hystérie grave, l'amnésie du crime peut être réelle en dépit de nom-

breux mensonges portant sur d'autres faits : dans ces conditions il est au moins prudent de ne jamais rejeter d'emblée l'hypothèse d'une folie transitoire, alors même qu'elle est en l'espèce improbable.

Il a été question, jusqu'ici, de la responsabilité des hystériques pendant les crises ou pendant les équivalents psychiques ; voyons maintenant dans quelle mesure peut être invoquée l'irresponsabilité pour les actes commis dans l'intervalle des crises. Dans l'impossibilité où nous sommes de répondre à cette question par une formule unique, nous nous bornerons à étudier la responsabilité dans quelques cas particuliers choisis parmi les plus fréquents. Un fait primordial peut d'abord être envisagé, c'est l'acte en lui-même. On voit souvent des délits ou des crimes tellement absurdes que leur caractère pathologique ne peut être mis en doute par personne ; l'irresponsabilité de ceux qui les ont commis en découle alors tout naturellement.

La profonde suggestibilité de l'hystérique explique l'influence si grande du rêve, d'une hallucination, d'une idée fixe, d'une suggestion intrinsèque ou extrinsèque. Plus encore que la suggestibilité, l'impulsivité est une cause importante d'actes médico-légaux hystériques : homicide, de violence, suicide et surtout actes passionnels provoqués par la haine, la jalousie, la vengeance. Leur émotivité, leur irritabilité, empêchent ces malades de se contenir ; ils passent presque instantanément de l'idée à l'acte.

La plupart des auteurs, dans ces cas, concluent à une responsabilité limitée, D'après eux, le criminel hystérique n'oppose, aux mobiles de son acte, qu'une résistance affaiblie. A l'impulsivité des hystériques se rattache un grand nombre de vols, surtout de vols commis dans les grands magasins. Lorsque l'expert se trouve en présence de dégénérés hystériques, de kleptomanes, l'irresponsabilité ne saurait être mise en doute. La solution est bien plus délicate si l'impulsion ne s'accompagne pas d'obsession proprement dite, de lutte angoissante. Le médecin règlera sa conduite d'après le caractère plus ou moins pathologique de l'acte et les circonstances qui l'ont précédé ou suivi.

Mais il reste, bien entendu que ce sont seulement les actes *pathologiques* de l'hystérique qui entraînent l'irresponsabilité. En présence d'un délinquant ne présentant que des manifestations anciennes ou atténuées de la névrose et dont l'acte n'a aucun caractère pathologique, l'expert doit conclure à la responsabilité. Le rapport devra, toutefois, contenir un examen approfondi du sujet (antécédents héréditaires et per-

sonnels, niveau mental, degré de la maladie) afin d'éclairer le tribunal. Si celui-ci croit juste d'appliquer les circonstances atténuantes, il le fera sans que le médecin intervienne. L'appréciation de la maladie seule est d'ordre médical.

Il me faut dire, maintenant, quelques mots de la responsabilité des sujets chez lesquels l'hystérie est associée à d'autres facteurs pathologiques. Parmi ces facteurs, le plus habituel est incontestablement la dégénérescence. Nous ne pouvons encore ici fournir aucune règle fixe, la responsabilité étant variable chez les dégénérés. La vie entière du sujet indique le degré de son déséquilibre, et ce déséquilibre permet d'arriver à déterminer la responsabilité. A chaque cas correspond une solution différente. Lorsque la dégénérescence s'affirme par une débilité mentale avérée, l'expert devra naturellement faire entrer en ligne de compte ce nouveau facteur. Chez un hystérique présentant en même temps des manifestations épileptiques, il est fréquent de rencontrer simultanément un état de débilité ou de dégénérescence mentale plus ou moins accusé. Dans cette triple association, l'acte médico-légal emprunte ses caractères à l'un des facteurs, quelquefois à deux, et la responsabilité est généralement nulle. Il faut, cependant, arriver à cette conclusion, que le délit ait une note pathologique.

Lorsque l'hystérie s'associe avec les intoxications, la question de la responsabilité devient encore plus complexe. Cette association est assez fréquente, car on sait combien les déséquilibrés ont une appétence singulière pour tous les toxiques, principalement l'alcool, la morphine et l'éther. L'intoxication réagit sur l'état mental du malade, mais il est toujours possible de retrouver dans le tableau clinique la part de chacun des facteurs surajoutés. La responsabilité dépend naturellement du degré d'hystérie et de l'importance de l'intoxication. De tous ces poisons, l'alcool est le plus fréquent et aussi le plus nocif. L'alcoolisme chronique augmente le nombre des crimes qu'il aggrave. L'ivresse accroît singulièrement l'impulsivité, l'automatisme des malades, et l'hystérique devient criminel par suite d'impulsions déréglées, sans qu'on puisse parler de troubles mentaux proprement dits. Quelquefois l'automatisme ambulatoire hystérique succède à une intoxication éthylique. La morphine a, au contraire, cette action particulière qu'elle diminue un peu la fréquence des attaques, mais l'état mental n'en demeure pas moins aggravé. L'expert devra s'attacher à démontrer dans quelle mesure l'acte délictueux dépend de l'hystérie ou de l'intoxication surajoutée. Cette notion a plus d'importance que la gravité de la maladie elle-même.

En terminant, je crois nécessaire de poser devant le Congrès le problème de la responsabilité limitée qui est, comme on l'a vu, la solution souvent adoptée par les experts lorsqu'il n'y a pas de trouble pathologique évident au moment de l'acte. La loi pénale ne reconnaît pas cette responsabilité limitée ; il n'y a pour elle que des responsables et des irresponsables. La plupart des médecins légistes et des jurisconsultes admettent qu'il existe des gens à tares insuffisantes pour faire disparaître leur volonté, mais suffisantes pour obscurcir leur intelligence et diminuer leur volonté. Est-ce une chose juste ou simplement utile ? D'aucuns font remarquer que l'idée de responsabilité limitée, avec la peine divisée comme en petits morceaux est une absurdité. D'autres ajoutent, avec M. Forel, que responsabilité limitée veut dire, les trois quarts du temps, danger social augmenté.

A mon tour, je déclare que la responsabilité limitée est une notion non seulement inutile, mais irrationnelle et dangereuse : irrationnelle parce que les hystériques considérés comme partiellement responsables sont des *anormaux* sur lesquels pèsent de véritables tares, des influences d'ordre intrinsèque ; dangereuse parce qu'elle conduit les juridictions répressives à l'indulgence, à la courte peine, et qu'on remet ainsi dans la circulation un individu peut-être plus dangereux que le criminel conscient. Il serait fâcheux, à mon sens, que le Congrès donnât l'appui de son autorité à la reconnaissance officielle de la responsabilité limitée.

M. Grasset. — Conclure comme l'a fait M. Leroy, au rejet absolu de la responsabilité limitée est une grave condamnation de la plupart des experts qui adoptent cette formule. Pour ma part, je rejette complètement semblable conclusion et j'estime qu'il faut envisager séparément la doctrine scientifique de la responsabilité atténuée et ses conséquences juridiques dans la législation actuelle.

En d'autres termes, il ne faut pas assimiler les notions très distinctes de responsabilité atténuée et de peine atténuée.

Dans la législation actuelle, la déclaration de responsabilité atténuée aboutit à la multiplication des courtes peines, ce qui est reconnu mauvais ; mais cela ne prouve pas que, scientifiquement, la responsabilité atténuée n'existe pas. Si elle existe, il ne faut pas cesser de la proclamer, sauf à demander en même temps une modification correspondante de la loi. Or, scientifiquement, la chose ne paraît pas douteuse. Quelle est actuellement la base médicale de la responsabilité ? La normalité des neurones psychiques. Dès lors, il me paraît impossible de se borner à classer l'humanité en deux blocs :

celui des normaux responsables et celui des anormaux complètement irresponsables.

Entre les deux, il y a place pour une vaste catégorie de sujets, chez lesquels le fonctionnement psychique est inférieur à la normale, c'est-à-dire qui ne sont pas doués d'une résistance suffisante aux suggestions malsaines, et qui, par conséquent, ne peuvent être considérés ni comme irresponsables au sens absolu du mot, ni comme responsables.

Prenons un épileptique ; tout le monde est d'accord pour reconnaître que le crime commis en état de crise entraîne l'irresponsabilité ; mais si le même crime a été accompli dans une phase interparoxystique, irez-vous soutenir que ce crime ne mérite aucune indulgence, qu'il a été accompli par un sujet dont l'intégrité psychique est absolue ? Il en est de même pour les actes des hystériques. Vous voulez que ceux-ci soient toujours responsables ou irresponsables. Pour moi, l'immense majorité de ces malades est responsable, mais dans une mesure limitée qu'il appartient à l'expert d'apprécier.

Loin d'être irrationnelle, cette conception me semble au contraire, la raison même. Si vous n'admettez pas la responsabilité atténuée, vous êtes obligé d'étendre outre mesure tantôt le domaine de la responsabilité, tantôt celui de l'irresponsabilité.

En quoi le sujet à responsabilité atténuée diffère-t-il donc du responsable et de l'irresponsable ? Du responsable il diffère en ce qu'il n'est pas entier dans la lutte psychique et ne doit pas être mis dans la prison des normaux. De l'irresponsable il diffère en ce qu'il « comprend » le gendarme et la prison et ne doit pas être mis dans l'asile des fous. Et alors, de ce qu'il ne peut être ni dans la prison ordinaire ni dans l'asile ordinaire, il ne faut pas conclure qu'il n'existe pas. Il faut conclure à la création urgente, indispensable de l'asile-prison. Tout danger disparaît ainsi. La société se garantira contre ce demi-fou plus longtemps parfois que contre certains fous, mais elle le traitera en même temps. Elle l'isolera comme un cholérique ou un pestiféré et s'en préservera tout en le soignant.

Toutes les objections sur l'absurdité de la « peine divisée » tombent. On ne peut plus dire, avec M. Forel, que responsabilité limitée égale danger social augmenté. Il n'en est rien. Si vous classez les hystériques en responsables et irresponsables, vous vous exposez terriblement, au contraire, à mettre en prison des malades et à enfermer dans les asiles des sujets dont ce n'est pas la place.

Le rapporteur parle enfin de sujets *partiellement* responsa-

bles ; c'est une confusion des plus fâcheuses que commettent encore un certain nombre d'auteurs : responsabilité partielle et responsabilité atténuée sont deux choses absolument distinctes.

La responsabilité atténuée n'est donc ni irrationnelle, ni dangereuse, ce n'est pas davantage, comme on l'a dit, une cote mal taillée, une lâcheté ou une erreur ; c'est une vérité scientifique, à laquelle un jour ou l'autre il faudra bien que la législation se conforme.

M. Briand (de Villejuif). — Le terrain sur lequel évolue l'hystérie joue un rôle primordial dans le déterminisme et la forme des délits divers que peut commettre l'hystérique.

M. Dupré (de Paris). — Le problème de la responsabilité des hystériques associe deux questions dont l'étude séparée est déjà des plus difficiles. A mon avis, lorsque l'hystérique devient délinquant, ce n'est pas de par sa névrose, mais bien de par les tares intellectuelles, morales, ou volontaires qui s'associent à l'hystérie sur le terrain dégénératif, dont la névrose elle-même n'est qu'une expression.

Parmi ces tares, la vanité, la malignité et la perversité dans le domaine moral, la débilité mentale dans le domaine intellectuel, l'impulsivité dans le domaine volontaire, et enfin d'autres états morbides, toxiques, obsédants, etc., etc., représentent les principaux facteurs qui, associés à la névrose, entraînent les hystériques à la délinquance et sont les mobiles non hystériques du délit chez les hystériques. Je ne vois guère de spéciale à l'hystérie que la suggestibilité, comme élément psychologique intéressant à considérer en médecine légale ; et encore une suggestibilité particulière, aboutissant surtout à l'organisation de crises ou de syndromes somatiques, accessoirement à la création d'états psychiques qui n'ont guère de conséquences médico-légales, en dehors de l'association des tares morales plus haut signalées.

La mythomanie telle que je l'ai définie, c'est-à-dire la tendance constitutionnelle au mensonge, à la fabulation et à la simulation, est très fréquemment associée à l'hystérie, mais elle ne se confond pas avec elle, car on peut être mythomane sans être hystérique. Le diagnostic différentiel entre la mythomanie et l'hystérie repose le plus souvent sur la notion de la présence ou de l'absence, dans le processus morbide, de la conscience et de la volonté. Cette distinction est des plus difficiles à établir, car nous ne possédons aucun moyen sûr de mesurer chez le sujet suspect la valeur des constatations de la conscience et des efforts de la volonté. La clinique médico-légale et pénitentiaire fourmille de ces cas hybrides, où il est impossible de faire dans la psychogenèse des accidents le dé-

part de l'hystérie et de la simulation. Il me paraît difficile de distinguer, à cet égard, le rôle respectif des deux psychismes ; le problème reste dans le domaine des faits subjectifs et ne comporte aucun élément objectif, aucun critère expérimental de solution.

Au point de vue de la responsabilité atténuée, je me rallie complètement à l'opinion de M. Grasset.

Communications diverses :

Du scorbut chez les aliénés.

TOULOUSE et DAMAYE.— Il s'agit de deux malades de l'Asile de Villejuif, sitiophobes, qui, *sous l'influence du régime lacté absolu*, ont présenté un scorbut atténué.

La première malade, jeune femme de 27 ans, était une confuse, alternativement excitée maniaque et déprimée et pour laquelle on aurait pu porter le diagnostic de démence précoce. D'énormes ecchymoses apparurent, après trois mois environ de régime lacté, aux jambes, aux malléoles et au creux poplité gauche. Masses musculaires et téguments de ces régions douloureux au palper, et donnant une sensation de dureté cireuse. Liseré hémorragique aux gencives. Urines rouge-orangé contenant du sang et de l'urobiline. Teinte livide des téguments du tronc et surtout de la face. Sang noirâtre, très fluide, et donnant rapidement un caillot rétractile.

La seconde malade, femme de 41 ans, était une mélancolique avec dépression assez voisine de la stupeur. Quinze jours environ après guérison d'une affection dysentériforme, apparition aux jambes de larges ecchymoses très douloureuses à la palpation, avec œdème, mais sans consistance cireuse des muscles. Gencives saignant très facilement. Teinte livide des téguments, surtout marquée à la face. Sang noir, poisseux, très coagulable, caillot rétractile.

L'affection scorbutique de ces deux malades guérit sous l'influence de l'ingestion de légumes verts et de fruits. On doit incriminer ici, dans l'apparition du scorbut, l'alimentation de ces malades avec du lait *bouilli*, mais il faut faire entrer aussi en ligne de compte, comme cause prédisposante, l'affection mentale dépressive elle-même (œdèmes, cyanoses, purpuras des déments précoces étudiés par Kraepelin, Sérieux, Dide et Chénais). Il semblerait donc utile, lorsque le régime lacté absolu doit être imposé longtemps à ces malades, d'éviter le lait bouilli ou de s'efforcer de leur faire ingérer de temps à autre des fruits ou des légumes verts.

Une troisième malade, 63 ans, observée à l'asile de Bassens par les Drs Dumaz et Damaye, s'alimentait d'une façon très

défectueuse, refusant, par crainte d'empoisonnement et sous l'influence d'hallucinations, une grande partie de la nourriture et particulièrement les légumes. Une véritable expérience de laboratoire s'ensuivit, inconsciemment dirigée par la malade. Apparition aux membres inférieurs de larges ecchymoses avec œdème, et consistance cireuse. Palpation très douloureuse. Liseré hémorragique à la gencive inférieure. Teinte jaune-paille des téguments. Ce cas, traité aussitôt, s'est lentement amélioré par ingestion de fruits.

De l'Etat mental des Hystériques.

M. Joire, professeur de l'Institut Psycho-Physiologique de Paris, Président de la Société Universelle d'Etudes Psychiques. — Ce qui fait le fond de l'hystérie, c'est un trouble de l'équilibre du système nerveux. On trouve toujours, en effet, chez elle des diminutions de la sensibilité sous forme d'anesthésie ; d'autre part des exagérations de la sensibilité sous forme d'hyperesthésie. Des diminutions et des exagérations de la force: contractures et paralysies, etc. De même leur état mental a toujours pour cause un manque d'équilibre cérébral. Ce manque d'équilibre est la cause de la mobilité excessive de leur esprit, de leur passage facile de l'état normal dans les états seconds ; enfin de leur extrême suggestibilité.

L'hystérique a une émotivité spéciale ; elle est moins sensible que la plupart des autres personnes ; par contre, son caprice lui donne un excès de sensiblerie pour des choses insignifiantes.

Loin d'être passionnée comme on le dit souvent, l'hystérique est plutôt froide et les sentiments affectifs sont obnubilés chez elle ; mais elle exagère les sentiments passagers qu'elle éprouve et pousse surtout leur expression avec une mise en scène qui n'a aucun rapport avec la profondeur.

L'hystérique se suggestionne elle-même, c'est pourquoi elle trompe les autres, mais souvent elle le fait inconsciemment. L'amour de la mise en scène pousse souvent les hystériques à se mêler aux affaires des tribunaux, les suggestions qu'elles se font et les hallucinations auxquelles elles sont sujettes les exposent à tromper la justice d'une manière très grave.

Les impulsions qui résultent, pour les hystériques, des états seconds dans lesquels elles se trouvent, les portent quelquefois à accomplir des actes répréhensibles ou coupables dans lesquels elles ont une responsabilité très limitée.

Quand les individus que l'on peut soupçonner d'être hystériques se trouvent appelés devant les tribunaux, soit comme

plaignants, soit comme témoins, soit comme prévenus, il est indispensable de faire examiner leur état mental par un médecin spécialiste.

De l'emploi d'un nouvel appareil, le sthénomètre pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de certaines maladies du système nerveux.

M. P. Joire, professeur à l'Institut Psycho-Physiologique de Paris, président de la Société Universelle d'Etudes Psychiques. — Le sthénomètre est un instrument qui permet de constater et de mesurer les troubles du système nerveux dans un certain nombre de maladies.

Quand on approche la main de l'appareil, on voit que l'aiguille se déplace d'une quantité qui varie chez l'homme sain et dans les diverses maladies du système nerveux.

M. Joire a démontré que ni la chaleur, ni la lumière, ni l'électricité ne pourraient expliquer ce déplacement de l'aiguille qui se produit constamment au bout de 3 ou 4 minutes après qu'on en a approché la main.

Ces expériences ont été reproduites à la Société d'hypnologie et de Psychologie, à l'Institut psycho-physiologique du Dr Bérillon, et dans le service de M. Huchard, à Necker. Les résultats se sont montrés parfaitement concluants.

L'angle de déplacement de l'aiguille, observé successivement avec la main droite et avec la main gauche est variable suivant que l'on a affaire à des sujets dont le système nerveux est déprimé, ou à des neurasthéniques, à des hystériques, à des épileptiques, des choréiques, etc.

Chacune de ces maladies s'inscrit au moyen du sthénomètre par une formule qui est spéciale.

De plus, chez un malade en traitement, on peut suivre les progrès vers la guérison, par le changement des déplacements de l'aiguille que l'on constate à mesure que l'état du malade s'améliore. Les nombreuses formules indiquées dans les communications de M. Joire sont absolument démonstratives.

Ces observations montrent l'emploi utile que l'on peut faire du sthénomètre pour le diagnostic, le pronostic et le traitement d'un grand nombre de maladies du système nerveux.

Les ictus dans la démence précoce.

Mlle le Dr Pascal. — Les ictus survenant au début et au cours de l'évolution de la démence précoce peuvent relever de nombreuses causes. 1. Dans les cas avérés d'hystérie ou d'épilepsie où les attaques datent depuis très longtemps, sou-

vent depuis l'enfance (Morel, Kraplin, Claus) on peut conclure à une association de la névrose avec la démence précoce. 2. Mais il y a des faits qui nous autorisent à croire qu'il existe des ictus appartenant à la démence précoce et non au terrain hystérique ou épileptique sur lequel peut germer cette affection. Dans ce cadre restreint : 1° les cas isolés de convulsions sur lesquels insistait Kalbaum ; 2° les cas de démence rapide survenant après une seule attaque convulsive décrits par Schule ; 3° les ictus qui apparaissent à une période tardive où toute trace de névrose est effacée comme dans les cas de Massin et nos observations personnelles. Tous les cas d'ictus survenant chez des jeunes sujets en l'absence de toutes autres manifestations morbides : stigmates mentaux hystériques, stigmates mentaux épileptiques, symptômes en foyer (dans les cas de tumeurs cérébrales) et en l'absence de symptômes physiques de paralysie générale, *doivent être considérés comme suspects et faire penser à la démence précoce*. En somme, ces ictus par leur précoce apparition annoncent le début de la maladie, au même titre que les ictus de la période initiale de la paralysie générale.

Leur pathogénie est différente suivant la période à laquelle ils apparaissent. Leur rareté au cours de l'évolution du processus morbide est due à plusieurs causes, absence de lésions vasculaires, fréquence des hallucinations, etc.

M. Marie a poursuivi ses recherches antérieures publiées avec MM. Duflot et Viollet sur les ponctions lombaires en série dans la paralysie générale. Par des examens microbiologiques du liquide céphalo-rachidien parallèlement à l'albumo-diagnostic et l'examen du sang et des urines, il a cherché à reconnaître la présence et la nature d'éléments figurés pouvant concorder avec les lymphocytoses polynucléaires.

Ces recherches, non encore terminées tendraient à confirmer celles de MM. Brousse et Robertson et de M. Metchnikoff, sur les diffusions infectieuses finales dans les démences.

Physiologie des crises laryngées des tabétiques.

M. Maurice Faure (de La Malou). — Sans contester le rôle des paralysies ou des parésies des cordes vocales dans la pathogénie des crises laryngées, sans nier la possibilité de *spasmes* dont la réalité ne semble pas, d'ailleurs, avoir jamais été bien établie, il nous a semblé que, dans la majorité des cas, le mécanisme physiologique de la crise laryngée du tabétique était le suivant : chez un homme normal, lorsqu'ascensionne, de la trachée dans le larynx, un grumeau de mucus ou de mucopus, la présence de ce corps étranger sur la muqueuse laryngée détermine une sensation spéciale, aussitôt suivie d'un ré-

flexe de toux, ou d'un léger effort expiratoire sonore, que l'on caractérise par la syllabe « hem ». Cet effort est renouvelé s'il est insuffisant et, par le passage d'une colonne d'air soufflant avec violence dans le larynx, chasse la mucosité dans le pharynx où elle est aussitôt crachée ou déglutie. Chez le tabétique, cette succession de phénomènes sensitifs et moteurs est perturbée : 1° parce que la muqueuse laryngée peut être hyperesthésique ou hypoesthésique ; 2° parce que le réflexe d'expulsion que détermine le chatouillement de la muqueuse laryngée est troublé ; 3° parce que les muscles de la respiration sont atteints d'incoordination. Lorsqu'un corps étranger se présente dans le larynx d'un tabétique (soit parce qu'il y a été introduit par l'infiltration pharyngée dans une glotte mal fermée, soit parce qu'il y aboutit, venant de la trachée), il ne détermine pas la sensation normale ; mais une sensation exagérée, ou diminuée, ou ralentie, le réflexe qui en résulte survient en retard, ou mal à propos, ou avec trop de violence, ou avec trop de faiblesse. Enfin, les muscles glottiques, thoraciques, abdominaux, qui concourent à la respiration et à la toux, font des efforts désordonnés et qui se contrarient mutuellement, au lieu d'être synergiques et coordonnés. C'est ainsi que l'on voit, par exemple, le diaphragme relâché être aspiré dans la cavité thoracique, au moment même où les muscles inspirateurs dilatent celle-ci, et l'effort respiratoire annulé pour cette raison. Réciproquement, le diaphragme peut être brusquement refoulé dans l'abdomen, au moment où le thorax revient sur lui-même, et le volume de la cage thoracique n'étant point changé, l'effort expiratoire ne se produit pas. Ou bien, la glotte se ferme, au moment où un courant d'air chassé à travers le larynx va expulser le corps étranger, ou lorsqu'un effort de dilatation thoracique exigerait la pénétration d'un supplément d'air inspiré. Très généralement, on voit le réflexe de la toux déterminer une série d'expirations courtes et saccadées qui, n'ayant pas été précédées d'inspirations destinées à remplir d'air le thorax, ne peuvent aboutir à la formation de la colonne d'air nécessaire au balayage du larynx, et restent sans effet.

La crise laryngée est donc composée des symptômes que voici, qui ne sont pas toujours réunis, et dont la violence et le nombre plus ou moins grand créent des variétés dans la durée, l'importance et la gravité de ces crises. Le malade perçoit, d'abord, un picotement, un chatouillement violent, au niveau du larynx, déterminant l'envie impérieuse de tousser. Ce picotement est hors de proportion avec la cause qui le provoque et son intensité doit être mise sur le compte des troubles de sensibilité de la muqueuse. Les efforts de toux

qui le suivent, au lieu d'être constitués par une inspiration large et silencieuse, suivie d'une expiration forte, bruyante, et saccadée, sont formés d'une série de petites expirations courtes que n'interrompent point des efforts d'inspiration angoissants et sans résultat. La glotte, au lieu de rester ouverte pour l'inspiration et l'expiration nécessaires à la toux, se ferme comme dans l'effort, ou ne s'ouvre que mal à propos, et le malade, n'inspirant pas, ne faisant que des expirations insuffisantes pour se débarrasser, continuant de percevoir le chatouillement paroxystique du larynx, s'agite, devient pâle, se cyanose, et peut courir de graves dangers. Quelquefois (et ce ne sont pas les cas les moins graves), tout se réduit à de l'incoordination et de l'anesthésie du larynx lui-même. Les muscles glottiques, en l'état où sont les muscles des jambes chez un grand ataxique, sont incapables de maintenir les différentes pièces du larynx dans leur position régulière. Et celles-ci, mues par des secousses désordonnées, prenant des attitudes anormales, que l'anesthésie de la muqueuse et des parties profondes ne permet plus de contrôler, ne savent plus maintenir la glotte ouverte pour la respiration, fermée pour l'effort ou la déglutition. De là, une respiration sifflante, rauque, difficultueuse, comme celle du croup, et dont le moindre incident peut compromettre le jeu précaire.

La pathogénie de tous ces accidents s'éclaire, si on la compare aux autres symptômes du tabès. A côté de l'hyperesthésie laryngée, il faut rappeler l'hyperesthésie du col vésical ou du rectum déterminant des besoins incessants d'aller à la selle ou d'uriner. Parfois, ces sensations anormales se produisent d'elles-mêmes, sans aucun objet qui les explique. Telle est cette gêne insupportable provenant de la sensation de corps étranger dans le rectum et déterminant des efforts incessants d'aller à la selle, que rien ne légitime. La peau n'est, d'ailleurs, pas plus à l'abri que les muqueuses de cette hyperesthésie et de ces sensations anormales. A certains moments, dans certaines régions, le contact d'un vêtement, d'un drap, un effleurement aussi léger que possible sont insupportables. Chez presque tous les tabétiques, le contact d'un tampon d'ouate imbibé d'éther qui, chez un homme normal, provoque une simple sensation de froid, amène une sensation extrêmement désagréable, qui peut aller jusqu'à une douleur insupportable, etc., etc. C'est là une catégorie de symptômes des plus constants et des plus caractéristiques dans le tabès : il est naturel que le larynx n'échappe point à la règle commune. La perturbation du réflexe de la toux s'explique aussi par la perturbation générale des réflexes dans le tabès. Le réflexe

patellaire, la plupart des réflexes tendineux sont abolis, les réflexes pupillaires sont troublés, etc.

Enfin, les muscles du larynx, du thorax, du diaphragme, ne sont pas plus à l'abri de l'incoordination que les autres muscles du tronc et des membres. Au précédent Congrès de Neurologie (Rennes, août 1905), nous avons décrit et expliqué les troubles respiratoires des tabétiques, précisément par l'incoordination des muscles du cou et du tronc. Les troubles de la miction et de la défécation s'expliquent de la même manière, au moins en grande partie. Si l'incoordination des muscles des membres inférieurs produit le trouble de la marche, — si l'incoordination des muscles des membres supérieurs produit le trouble de l'écriture et de la préhension, — il n'est pas moins explicable que l'incoordination des muscles du bassin et du périnée se traduise par les troubles de la miction et de la défécation, — que l'incoordination des muscles thoraciques se traduise par le trouble de la respiration, — et que l'incoordination des muscles du larynx se traduise par des crises laryngées.

Il peut exister aussi des parésies et même des paralysies ou des atrophies des muscles laryngés, comme il existe des parésies, des paralysies ou des atrophies d'un groupe de muscles des membres ou du tronc chez les ataxiques. Cet accident est imputable, tantôt à des névrites périphériques, tantôt à des altérations des cellules spinales des cornes antérieures coexistant avec la sclérose des cordons postérieurs, — tantôt à l'exagération et la prolongation inusitées d'une incoordination et d'une atonie très accentuées, ayant amené l'immobilisation indéfinie et la dénutrition du groupe musculaire atteint. Mais ce sont là des faits rares.

Les spasmes musculaires sont exceptionnels dans le tabes et ils sont rapides, bénins et transitoires. C'est pourquoi le terme de spasme laryngé, employé pour désigner l'ensemble des phénomènes de la crise laryngée, est certainement mal choisi. Rien n'est plus éloigné de la séméiologie ordinaire du tabétique que l'élément spasmodique : l'incoordination, l'atonie, le relâchement, l'abolition des réflexes sont, précisément, le contraire du spasme. Si donc il existe de véritables spasmes laryngés (ce qui, d'ailleurs, n'est pas démontré), ce sont certainement des faits exceptionnels.

Il nous paraît donc que, sous le nom de « crise laryngée », ont été compris des accidents complexes pouvant ressortir de la paralysie ou du spasme glottique, mais s'expliquant beaucoup plus souvent par la dysesthésie, l'incoordination et la perturbation des réflexes, qui se produisent dans cette région, comme dans toutes les autres régions, chez le tabéti-

que. — La thérapeutique de ces accidents résulte de leur mécanisme physiologique. Au moment même de la crise, il faut recommander de grands efforts volontaires d'inspiration pour détruire l'effort expiratoire instinctif ; — la prononciation de voyelles ouvertes (« a », par exemple). Les mouvements passifs de respiration pourront également rendre des services. — Mais c'est surtout dans l'intervalle des crises que la thérapeutique pourra être efficace ; on fera l'apprentissage de la coordination respiratoire, généralement détruite, des exercices vocaux, — l'examen et le traitement de la muqueuse glottique, — parfois, la faradisation des muscles laryngés, enfin, tout ce qui pourra contribuer à rétablir la synergie et la tonicité des muscles du larynx, du cou, du thorax, et de l'abdomen, à diminuer l'hyperexcitabilité de la muqueuse, à régulariser le réflexe normal de la respiration et de la toux. Tout cela est possible dans une large mesure, les muscles qui interviennent dans le mécanisme de ce réflexe étant soumis à l'action de l'intelligence et de la volonté, et, par conséquent de l'éducation.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

IX. — **Observation histologique de glio-endothéliome kystique du lobe occipital droit** ; par Ettore Ravenna. (In *Rivista sperimentale di freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. 1.)

Après avoir rapporté l'examen histologique détaillé dans un cas de cette nature, l'auteur en recherche l'origine. Ce n'est pas, dit-il, une production des méninges, puisque cette tumeur en était complètement isolée et indépendante ; ce n'est pas le résultat d'une perte de substance puisqu'elle est bien limitée par une paroi propre ; cette paroi circonscrit une cavité creuse occupée par un liquide, et n'a aucun rapport de continuité avec les tissus environnants. Il reste donc à admettre, comme cause probable, qu'elle représente le résultat d'une dilatation progressive d'un espace lymphatique. J. S.

X. — **Recherches histologiques sur l'origine et le mode de formation de la cellule nerveuse dans la moelle épinière et dans la protubérance du poulet** ; par Carlo Besta. (In *Rivista sperimentale di freniatria*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

Pour ces recherches, l'auteur a employé le sublimé comme

fixateur ; les coupes, déshydratées, ont été colorées par l'hématoxyline, le carmin, la safranine et la thionine en solution aqueuse.

Les résultats obtenus lui ont montré qu'il n'était pas possible, chez l'embryon de poulet, avec les méthodes dont il s'est servi, de faire pendant les premières phases du développement une distinction entre les éléments nerveux et les éléments de soutien : tous les éléments de la moelle ont une forme bipolaire identiques et sont produits par kariokinèse des cellules germinatives placées autour du canal central. Grâce à la méthode de Cajal, on peut voir la structure fibrillaire dans de nombreux neuroblastes, entre la 60e et la 65e heure.

Les fibres nerveuses périphériques sont dues à la transformation des chaînes des éléments migrateurs de la moelle.

Il se fait dans la moelle une migration des éléments dans une direction bien déterminée, et parallèlement à cette migration, a lieu l'apparition des fibrilles nerveuses dans la moelle et dans la protubérance. Les rapports entre les éléments nerveux s'établissent à la suite de la formation des cellules nerveuses.

La cellule nerveuse se développe aux dépens d'un neuroblaste unique.

La substance chromatique commence à se former vers le 10e jour et apparaît en principe à la périphérie de la cellule.

J. Séglas.

XI. — **Action du calcium sur l'écorce cérébrale** ; par Roucoroni. (In *Rivista sperimentale di freniatria*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

L'auteur a expérimenté sur des chiens les sels suivants : chlorure de calcium, bromure de calcium, iodure de calcium, azotate de calcium, acétate de calcium, et lactate de calcium. Tous ces sels de calcium ont déterminé un notable abaissement de l'excitabilité corticale. Le phosphate bisodique, substance qui précipite le calcium, a une action antagoniste de celle de l'acétate, du lactate et du nitrate de calcium. L'antagonisme entre le bromure et l'iodure de calcium n'est pas nettement démontré ; l'action dépressive du bromure sur l'écorce cérébrale a été bien mise en lumière par les recherches d'Albertoni. Enfin l'iodure de calcium peut produire un phénomène qui trouble l'expérience, en provoquant une congestion de toute la région cérébrale. J. Séglas.

XII. — **Le mode de formation de la cellule nerveuse dans les ganglions spinaux du poulet** ; par Carlo Besta. (In *Rivista sperimentale di freniatria*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

Ces recherches constituent le complément de travaux antérieurs sur le mode de formation de la cellule nerveuse dans la

moelle et dans la protubérance des embryons de poulet. L'étude de la formation de la cellule nerveuse dans les ganglions spinaux a été faite sur les poulets à la 60e heure de l'incubation, avec les méthodes déjà usitées pour les recherches précédentes, et en plus la méthode de Ramon y Cajal pour les fibrilles.

La formation des ganglions spinaux est due à la migration des neuroblastes de la partie postérieure du tube neural et à l'ultime phase du processus migrateur qui a donné précédemment les chaînes cellulaires des nerfs sensitifs. A la fin du 3e jour, les neuroblastes des ganglions sont bipolaires, ont une forme en fuseau, et sont identiques à ceux de la moelle et des nerfs. Au début du 4e jour, par suite de l'éloignement du tube médullaire, on observe la formation d'un prolongement fibrillaire dont le noyau devient rond, plus clair et brillant ; le corps cellulaire correspondant aux deux pôles s'allonge et forme comme un capuchon au noyau. Les autres parties du corps cellulaire et la substance chromatique apparaissent plus tard. Le résultat indiscutable est que la cellule des ganglions est due à l'évolution et au perfectionnement progressif d'un neuroblaste unique. J. SÉGLAS.

XIII. — **Dégénérations secondaires expérimentales par arrachement du sciatique étudiées avec la méthode de Donaggio pour les dégénérations** ; par LUIGI LUGIATO. (In *Rivista sperimentale di freniatria.*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

La méthode de Donaggio est basée sur ce fait que les fibres nerveuses, dans la première phase de la dégénération primaire et secondaire, fixées par fragments dans le bichromate de potasse, acquièrent la propriété de résister beaucoup plus que les fibres normales, au processus de décoloration. Ayant utilisé ce procédé, parallèlement à la méthode de Marchi, l'auteur a vu que dans quelques cas, consécutivement à l'arrachement unilatéral du sciatique, on peut observer des lésions bilatérales des cordons postérieurs. On ne peut encore attribuer ce phénomène à un processus connu, et on ne peut également connaître à l'heure actuelle le mode spécial de disposition des lésions ; aussi l'auteur se réserve-t-il d'étudier plus tard cette question. J. SÉGLAS.

XIV. — **Etudes et recherches expérimentales sur la mémoire des images acoustiques et usuelles de la parole** ; par le Dr LÉONARDO GRASSI. (*In Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

Les résultats obtenus par ses recherches ont amené l'auteur à penser que : 1° le pouvoir de reproduction des images acoustiques et visuelles est en proportion directe avec la durée de l'excitation ; 2° le pouvoir de reproduction pour une série d'images acous-

tiques et usuelles de la parole est plus grand si ces images sont simples et courtes, et plus faible si ces images sont longues et complexes ; 3° dans une série acoustique, les paroles apprises au début et à la fin sont mieux retenues que celles qui sont au milieu de la série ; 4° le pouvoir de reproduction d'une série d'images acoustiques et usuelles de la parole est en raison inverse du temps écoulé entre la perception et la reproduction ; 5° le nombre des paroles qui peuvent être répétées après l'audition où la lecture d'une série, ne peut guère avoir d'influence sur les éléments de cette série, dont toutes les parties sont également liées entre elles ; 6° si dans une série visuelle s'intercale une parole citée d'une autre personne, c'est toujours le milieu de la série qui est retenu ; 7° le pouvoir de reproduction d'une série d'images visuelles de la parole est fortement affaibli quand il y a une distraction provoquée pendant la perception de ces images, qu'il y ait distraction musculaire, vocale où mentale. L'auteur termine son article par quelques considérations sur les erreurs de mémoire. J. S.

XV. — **Le développement des fibres nerveuses périphériques et centrales dans les ganglions épinaux et dans les ganglions céphaliques de l'embryon du poulet** ; par GIACOME PIGHINI. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. 1.)

Après avoir cité les travaux antérieurs de His, de Beard, de Balforw, d'Apathy, de Schwann et de Gegenbaur, l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les cellules du feuillet ectodermique ont une forme allongée et présentent à leurs deux pôles deux prolongements (prolongements bipolaires) grâce auxquels chaque cellule entre en connexion avec les cellules voisines.

2° Les neuroblastes de la région médullaire sont, au début de leur formation, en rapport, par leurs prolongements, avec les prolongements à forme stellaire des éléments mésodermiques avoisinants ;

3° Au début du second jour de l'incubation, on observe seulement quatre connexions distinctes entre le tube médullaire et le mésoderme : deux ventrales et deux dorsales. Ces connexions constitueront les points d'origine des racines motrices et sensitives.

4° Les nerfs moteurs se forment par l'accroissement des chaînes ventrales qui se réunissent au point d'union du tube médullaire avec le mésoderme (plaques musculaires).

5° Les rameaux cutanés des nerfs céphaliques se forment grâce au départ de l'ectoderme de gros cordons cellulaires réunis d'une part avec le cerveau postérieur, et d'autre part avec un prolon-

gement ectodermique (plaque latérale céphalique) qui se dirige latéralement en bas. Les rameaux mésodermiques s'échappent par les racines latérales, selon un processus de formation analogue à celui des nerfs moteurs de la moelle.

6° La plaque latérale céphalique, arrivée dans la région branchiale, s'identifie avec l'organe latéral du sens ;

7° Les nerfs périphériques, sensitifs et moteurs, sont d'origine cellulaire. Dans toute chaîne cellulaire, à partir du quatrième jour, se différencie une structure grossièrement fibrillaire, qui est le début de la structure fibrillaire de la fibre adulte. Les noyaux des chaînes cellulaires se transforment vraisemblablement en noyaux de Schwann ;

8° Les ganglions spinaux et céphaliques se différencient dans les chaînes nerveuses et sensitives seulement vers la fin du troisième jour. C'est alors que la cellule ganglionnaire se différencie, en se recouvrant d'un manteau fibrillaire ;

9° Les fibres nerveuses centrales dérivent des prolongements neuroblastiques ;

10° Les rapports de continuité qui s'établissent entre le revêtement médullaire à sa première formation, et les autres éléments primordiaux ne sont pas interrompus : tous les organes sont, dès l'origine, réunis matériellement avec le système nerveux central. Ce travail, extrêmement intéressant, est accompagnée de figures qui aident à la clarté du texte. J. SÉGLAS.

XVI. — **Recherches sur la coloration des fibres nerveuses à la phase initiale de dégénération primaire et secondaire, systématique où diffuse du système nerveux central** ; par ARTURO DONAGGIO. (In *Rivista sperimentale di freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. 1.)

De nombreuses recherches expérimentales ont amené les auteurs à considérer la dégénération primaire des fibres nerveuses comme d'origine toxique. Les lésions systématiques des faisceaux pyramidaux et des cordons postérieurs sont produites expérimentalement par l'auto-intoxication, l'action de poisons chimiques, ou encore de toxines microbiennes. Après avoir rappelé ce que l'on obtient avec les méthodes de Marchi, de Weigert-Pal, l'auteur ayant exposé sa méthode au bichromate de potasse, émet l'opinion que les fibres nerveuses, dans la première phase de la dégénération primaire et secondaire, se fixent avec le bichromate de potasse ; elles peuvent ensuite se colorer par l'hématoxyline et subir l'action des sels métalliques variés, parmi lesquels il convient de citer les sels de fer, d'étain, de cuivre, d'aluminium ; ces méthodes donnent aux fibres dégénérées la propriété de résister plus que les fibres normales aux procédés de décoloration.

L'auteur expose ensuite en détail les diverses manipulations nécessaires et ajoute des figures à l'appui de son travail. En terminant, il dit que par la constance des résultats de la coloration positive, par son application possible à des pièces non fraîches, par la possibilité de mettre en évidence des lésions qui échappaient aux autres méthodes de recherche, et de localiser les fibres en dégénération initiale, il est permis de supposer que cette méthode pourra être non seulement utile dans les recherches expérimentales, mais encore être d'un grand secours dans l'anatomie pathologique des maladies nerveuses et mentales.

J. SÉGLAS.

XVII.— **Atrophie cérébrale expérimentale et atrophie cranienne concomitante** ; par D'ABUNDO. (In *Rivista di neurologia*, Naples 1905, fascicule 6.)

L'auteur rappelle d'abord que, dans un premier travail publié en 1901, il avait établi qu'à l'hémiatrophie cérébrale s'associe toujours une hémiatrophie cranienne. Une nouvelle série d'expériences l'amena ensuite à formuler les conclusions suivantes : quand l'ablation de l'écorce cérébrale est limitée et superficielle, on n'observe aucune modification dans la conformation du crâne. Si l'ablation corticale est profonde et atteint la substance blanche, on a une atrophie de l'hémisphère cérébral correspondant, plus ou moins marqué selon l'intensité de la lésion, et donnant la classique manifestation hémiatrophique. Dans tous ces cas, le développement du crâne s'adapte toujours à la lésion cérébrale et il en résulte une hémiatrophie cranienne de la voûte et de la base.

L'auteur procéda ensuite à une nouvelle série d'expériences pour rechercher l'origine exacte de cette hémiatrophie cranienne : Dans une première série d'expériences, il pratiqua l'ablation plus ou moins étendue de la voûte cranienne, sans léser en aucune façon la substance corticale sous-jacente. Le résultat fut qu'il n'y eut de processus hémiatrophique ni cortical, ni crânien. Il pratiqua ensuite l'ablation d'une portion limitée de la voûte cranienne, enlevant une partie correspondante de l'écorce, et tâchant de respecter la substance blanche sous-jacente ; il obtint ainsi une hémiatrophie cérébrale et cranienne.

Enfin, dans une troisième série, il pratiqua l'ablation de la voûte sur une plus grande étendue, en enlevant une portion d'écorce cérébrale de même étendue : le résultat fut une hémiatrophie cérébrale associée à une hémiatrophie crânienne correspondante. En somme, de toutes ces recherches se dégage la conclusion suivante : l'hémiatrophie cranienne est due exclusivement à la lésion de l'hémisphère cérébral correspondant.

En somme, tous ces faits expérimentaux mettent en évidence

ceci : une cause morbide qui influe en enlevant une zone corticale à la fonction normale dans les premiers temps de la vie extra-utérine, quand le cerveau est en voie de rapide développement, limite la puissance évolutive non seulement de l'hémisphère cérébral correspondant à la localisation morbide, mais encore du cerveau tout entier. J. SÉGLAS.

XVIII. — **La toxicité du sang des aliénés.** (*Contribution à la pathogénie des psychoses aiguës*) ; par DRAGOTTI. (In *Rivista di neurologia*. Naples, 1905, fascicule VI.)

L'examen du sang des malades atteints de psychoses aiguës a fait depuis quelques années le sujet d'un assez grand nombre de recherches : parmi les principaux auteurs qui s'en sont occupés, il convient de signaler Mairet et Bosc, Rumeno et Bordini, Vires, Cololian, Pini et Alberti. L'auteur, sous la direction du professeur Bianchi, a cherché à déterminer le pouvoir toxique du sérum du sang dans les psychoses aiguës, comment ce pouvoir augmente ou diminue, et par quels troubles somatiques il est accompagné. Les recherches ont porté sur 10 cas (confusion mentale, catatonie, psychose polynévritique, confusion mentale, mélancolie, manie, paralysie générale) et le coefficient de toxicité du sang a varié de 5 0/00 à 11 0/00 ; l'examen bactériologique a toujours été négatif. En terminant, l'auteur rappelle les recherches de Sandri qui a trouvé que la formule hémo-leucocytaire, dans les formes hébéphrénique et paranoïde de la démence précoce de Krœpelin, est altérée en rapport avec les désordres psychiques, tandis qu'elle ne présente plus rien d'anormal dans les périodes avancées de cette maladie. J. SÉGLAS.

XIX. — **L'association médiate dans la mémoire émotive ;** par ETTORE PATINI. (In *Rivista di nevrologia*. Naples, 1905, fasc. VI.)

Cette étude, basée sur plusieurs observations, amène son auteur à formuler ceci : quand les émotions reproduites sont accompagnées clairement de facteurs somatiques, on doit dire que l'émotion reproduite est de tous points semblable à l'émotion primitive. Quand ces facteurs manquent, on ne peut pas dire si l'émotion reproduite est une répétition de l'émotion primitive, ou s'il y a eu intervention d'un nouvel état mental. Dans le premier cas, on trouve une notable différence entre la mémoire émotive et la mémoire des impressions sensorielles. Une telle différence est naturelle puisqu'elle montre que le souvenir sensoriel est toujours différent de l'impression sensorielle à laquelle il se rapporte ; le souvenir émotif contient la reproduction intégrale de l'émotion primitive.

Il n'existe pas une genèse autonome des émotions. Les cas qui

paraissent naître de cette façon se réduisent à une association médiate entre une idée et une émotion, entre une impression sensorielle et une émotion. L'émotivité des hémiplégiques, apparemment sans motifs psychiques, en dehors de l'inhibition corticale plus faible sur les centres mimiques, peut encore se réduire à une association médiate entre une impression sensorielle et une émotion. J. SÉGLAS.

XX. — **La première apparition des neuro-fibrilles dans les cellules spinales des vertébrés** ; par FRAGNITO. (In *Rivista di neurologia*. Naples, 1905, fascicule VI.)

L'auteur, ayant utilisé dans ses recherches les méthodes de Cajal et de Donaggio, a vu qu'il y a un rapport identique dans le tissu nerveux des animaux adultes, entre le nombre des fibrilles apparentes et le mince réseau de la cellule colorée. La substance chromatique non éliminée donne naissance à une partie de la fibrille longue et du réseau. Mais les images des cellules ganglionnaires, par le contraste qui existe entre la couleur bleuâtre des grains et la couleur violette des fibrilles, sont d'une rare élégance, et rendent jusqu'à un certain point possible l'étude comparée de ces deux substances. J. SÉGLAS.

XXI. — **Les méthodes de psychométrie pédagogique en rapport avec la crainte du surmenage mental à l'école** ; par ETTORE PATINI. (In *Rivista di neurologia*. Naples, 1905, fascicule VI.)

Le surmenage intellectuel est une question importante et d'une solution difficile. Il s'agit en somme de répondre à cette question : « Existe-t-il vraiment une proportion entre la somme de travail exigée à l'école et la capacité mentale des élèves ? » L'auteur a employé les méthodes de la sensibilité tactile, de la sensibilité douloureuse, ergographique, dynamométrique, de l'attention, chronoscopique, de la dictée, du calcul, de la mémoire des chiffres, de la combinaison. Puis il cite les diverses opinions des auteurs qui se sont occupés de cette question, et ne se faisant aucune illusion sur la difficulté qu'il y a à résoudre un semblable problème, il préconise la suspension du travail aussitôt qu'il y a des signes manifestes de fatigue intellectuelle. J. SÉGLAS.

XXII. — **Les altérations de la moelle épinière dans un cas d'acromégalie** ; par GIOVANNI-CAGNETTO. (In *Rivista di Freniatra*, 1904. Vol. XXX, fascicule II, III.)

Les altérations du système nerveux dans l'acromégalie ont attiré l'attention des anatomistes, depuis que Marie a réuni dans une entité nosologique les manifestations caractéristiques extérieures de cette maladie. Plus tard, les travaux de Rechlinghau-

son, de Klebs, de Cavagnis, et de Broca, ont élucidé divers points. L'auteur, ayant eu l'occasion d'étudier une moelle d'acromégalique, y a trouvé, comme données macroscopiques caractéristiques : une augmentation générale du volume de la moelle, avec exagération principale du volume dans la portion cervicale; une altération partielle dans le rapport entre la substance blanche et la substance grise ; enfin, une dissémination néoplasique sous-méningée le long de l'axe spinal et des nerfs de la queue de du cheval par métastase de la tumeur de l'hypophyse.

Les pièces ont été fixées par le Muller, le formol, l'acide chromique, et traitées par les méthodes de Weigert-Pol, de Marchi, de Van Giesen. Les altérations veineuses histo-pathologiques observées ont amené l'auteur à ne considérer ces lésions que comme des modifications secondaires et n'ayant aucune influence sur les manifestations fondamentales et caractéristiques de la maladie. Pour lui, on doit penser que la plus grande partie des altérations de la moelle épinière sont survenues dans le cours de l'acromégalie, contrairement à l'opinion des auteurs qui veulent leur faire jouer un rôle étiologique. J. SEGLAS.

XXIII. — **Leptomyélite à forme tabétique. Hétérotopie de la moelle épinière** ; par GUIDO-GARBINI. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

L'observation rapportée par l'auteur est intéressante en ce qu'il s'agit d'une hétérotopie complète, comprenant de la substance blanche et de la substance grise. Ceci pourrait avoir une explication embryologique puisque à un moment donné du développement des parois du canal médullaire il y a des éléments cellulaires émigrés qui vont former un amas : cet amas ne reste pas indépendant du canal médullaire, mais reste en connexion avec lui. Les éléments y subiront les mêmes différenciations que dans le restant du canal médullaire.

Un fait est également digne d'intérêt : la présence d'un faisceau radiculaire dans l'épaisseur de l'hétérotopie. Ce développement doit se faire au moment où les ganglions nerveux entrent en connexion avec les parois du canal médullaire au milieu des prolongements centripètes de leurs cellules. J. SÉGLAS.

XXIV. — **Les oscillations périodiques mensuelles de la température, du pouls, et de la respiration chez les aliénées menstruées et aménorrhéiques** ; par ALEARDO SALERNI. (In *Rivista di Freniatria*, 1904, Vol. XXX, fascicules II, III.)

Pendant la période qui précède les règles, et pendant la période même des règles, on observe chez les femmes normales

une légère augmentation de la température, du pouls, et de la respiration. Ces modifications se retrouvent encore à un degré plus accentué chez les aliénées, qu'il s'agisse de démence paralytique ou de démence catatonique. Ces changements peuvent être d'un grand secours pour établir le pronostic, car l'apparition ou la disparition des règles, les conséquences qu'elles peuvent avoir sur l'évolution de l'affection mentale sont connues depuis longtemps : à plus forte raison, leur retentissement sur l'état général doit-il intéresser l'aliéniste. J. SÉGLAS.

XXV. — **Recherches sur le réticulum fibrillaire endo-cellulaire et sur le cylindraxe de la cellule nerveuse des vertébrés ; les différentes méthodes de coloration élective du réticulum endo-cellulaire et du réticulum périphérique basées sur l'action de la piridine sur le tissu nerveux** ; par ARTURO DONAGGIO. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

Ce travail est divisé en trois parties, qu'il convient d'étudier séparément.

1. — *Action de la piridine sur le tissu nerveux et résumé des détails de structure mis en évidence par ce produit.* — On obtient ainsi la démonstration des anastomoses entre le réticulum périphérique et le tissu avoisinant. Les recherches de Donaggio, de Golgi, Cajal et Bethe, tendent à le considérer comme de nature névroglique. Plus tard, Cajal, loin de considérer comme nerveux les filets du reticulum péricellulaire, les considère comme des produits de coagulation.

Les travaux de Donaggio, confirmés par ceux de Held, ont abouti à la preuve de l'existence, au milieu de chaque maille du reticulum péricellulaire, d'appareils de très fines fibrilles disposées en réseau et irradiant d'une zone centrale.

2. — *Description des méthodes de coloration.* — Il y a six méthodes de coloration :

A : COLORATION DU RETICULUM FIBRILLAIRE ENDOCELLULAIRE ET DES FIBRES LONGUES : deux méthodes accessoires et deux méthodes principales :

Méthodes accessoires : sont au nombre de deux.

1° Action de la piridine pendant 48 heures, coloration par une solution aqueuse de thionine, action d'une solution aqueuse de molybdate ; — et inclusion à la paraffine.

2° Après l'action de la piridine, immersion directe dans la solution de molybdate.

Méthodes principales : également au nombre de deux :

1° Fixation des pièces par la piridine pendant 5 à 6 jours, lavages à l'eau, passage dans une solution aqueuse de molydbate d'ammoniaque, lavage à l'eau, inclusion à la paraffine et colora-

tion. Après la coloration, on a le choix entre le curettage direct au Baume et l'action du molybdate avant de monter au Baume.

2° Méthode surtout utilisable pour le cerveau et le cervelet. Action de la piridine pendant 36 heures, et traitement variable des corps suivant le point du système nerveux dont on s'occupe.

B. Coloration du reticulum fibrillaire endocellulaire des fibrilles longues et des granulations. — Fixation par le sublimé, passage à la piridine, coloration dans une solution de thionine à 1 pour 10,000. Cette méthode sert principalement pour la moelle épinière, le bulbe, la protubérance, les noyaux gris du cervelet et les ganglions.

C. Coloration du reticulum péricellulaire. — Fixation par le sublimé, passage dans la piridine pendant 36 à 48 heures, immersion dans une solution de molybdate, lavage à l'eau distillée, coloration dans une solution aqueuse de thionine à 1 pour 10 ou 15.000 pendant 48 heures, passage dans une solution de molybdate pendant 24 heures, lavage à l'eau distillée, et inclusion à la paraffine.

D. Coloration simultanée du réticulum fibrillaire endocellulaire des fibres longues du reticulum péricellulaire : — Même façon d'opérer que dans la méthode précédente ; mais avant l'inclusion, immersion de nouveau dans la piridine et action de la solution de thionine qui colore le reticulum péricellulaire.

E. Coloration des cylindraxes des fibres nerveuses centrales et périphériques. — Mêmes procédés que ceux qui sont utilisés pour mettre en évidence le reticulum fibrillaire endocellulaire.

3. — *Rapports entre le reticulum fibricellulaire endocellulaire et les fibrilles de prolongement cylindraxile.* — Le prolongement cylindraxile de la cellule nerveuse des vertébrés vient du reticulum fibrillaire endocellulaire. Ce travail est accompagné de 16 figures qui ajoutent à l'intérêt du texte. J. Séglas.

XXVI. — **Recherches expérimentales sur l'influence de l'alcoolisme sur le pouvoir de procréer et sur les descendants** ; par Carlo-Ceni. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

Levasseur, Petit, Louvet, Lannelongue, Jacquet, soutiennent que l'alcoolisme est une des causes les plus importantes de la stérilité, et prétendent que c'est la cause principale de la dépopulation de la France. Ces résultats, discutés par Arrivé et Brunon, ont été confirmés par les travaux de Legrain, Lasègue, Lancereaux, Jacquet, Bourneville et Féré.

Actuellement, on peut dire que l'alcoolisme chronique a une action directe sur le pouvoir de procréer, en nuisant à la fécon-

dité des ascendants ; cet alcoolisme chronique des parents a une influence désastreuse sur les descendants; en provoquant chez ces derniers une diminution de la résistance de l'organisme, des anomalies de développement de nature et d'importance variées; toutes ces déchéances sont dues à l'action directe que le poison exerce sur les éléments sexuels primitifs (ovule ou spermatozoïde), base de la conception. La diminution de résistance de l'organisme chez les parents soumis à l'intoxication alcoolique peut occasionner des troubles de l'évolution ovulaire régulière, troubles qui se traduisent par des arrêts où des anomalies graves du développement de l'embryon.

L'influence néfaste de l'alcoolisme des parents s'explique et se manifeste sur les descendants, en ce qu'elle détermine directement chez ceux-ci un état de débilité générale (arrêt de développement complet, mort précoce), état qui n'est que la conséquence des arrêts partiels de développement du germe embryonnaire pendant la vie intra-utérine. J. SÉGLAS.

XXVII. — **Un cas de persistance du ventricule de Verga rencontré chez un individu à développement général retardé** ; par MASSIMO, CHÉRIE-LIGNIÈRE. (In *Rivista sperimentale di Freniatra*, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

La littérature médicale est peu riche en faits de ce genre ; cette observation apporte un cas nouveau et tendrait à confirmer cette hypothèse de Tenchini. J. S.

XXVIII. — **Sur la manière de faire un examen objectif des troubles nerveux dans les traumatismes**; par LORENZO ROSSI. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

Cet examen devra d'abord porter sur la sensibilité, avec recherche de l'anesthésie, de l'hypoesthésie, de l'hyperesthésie, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, anesthésie et hyperesthésie combinées, dissociation de la sensibilité, hypoesthésie marquée sur un côté du corps et non accompagnée d'hypoesthésie sensorielle du même côté. On examinera ensuite la motilité, avec évaluation du degré de l'excitabilité neuro-musculaire, et mesure de la période de résistance qui correspond à l'excitation. Enfin, cet examen sera complété par un examen minutieux des réflexes. J. SÉGLAS.

XXIX. — **Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'amyotrophie d'origine cérébrale**; par CARACCIOLO. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*. Reggio en Emilie, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

L'auteur, faisant d'abord l'historique de cette question, admet

que les théories pathogéniques émises sur l'amyotrophie d'origine cérébrale peuvent être classées de la façon suivante :

I.— Origine myélogène : il ne peut y avoir des altérations musculaires s'il n'y a pas en même temps des altérations matérielles des centres trophiques spinaux (Charcot, Hallopeau, Larrieu, Pitres, Brissaud, Leyden). — II. Origine névritique (Déjérine : 1889). — III. Origine thalamique (Eisenlohr). — IV. Origine vaso-motrice, par altération des centres vaso-moteurs corticaux, et action sur les muscles par le sympathique (Roth et Mouratow, Marinesco). — VI. Origine arthropathique (Gilles de la Tourette). — VII. Atrophie musculaire par lésion d'un point du faisceau pyramidal, avec lésions consécutives des cellules des cornes antérieures (Joffroy et Achard, Steiner, Steinert). — VIII. Existence d'un pouvoir trophique de l'écorce, avec altérations de la substance grise spinale (Borgherini). — IX. Présence de centres trophiques cérébraux dans l'écorce, au voisinage des centres moteurs (Kirchhoff). — X. Intervention de plusieurs causes : action de l'écorce sur les muscles par l'intermédiaire de lésions matérielles ou dynamiques des cellules des cornes antérieures, des troubles vasomoteurs, des arthropathies fréquentes.—XI. La lésion de l'écorce ou du faisceau pyramidal amène des altérations trophiques non par un pouvoir trophique propre, mais par l'interruption de la continuité des excitations nécessaires pour les fonctions trophiques des neurones spinaux (Goldscheider, Schaffer, Parhon et Popesco). — XII. La cause de l'amyotrophie est la rupture d'un équilibre réflexe sensitivo-moteur (Chatin). — L'auteur a fait porter ses recherches expérimentales sur des canards ; l'examen histologique lui a montré que les altérations trophiques qui interviennent dans les muscles par lésions cérébrales doivent leur origine à la propagation des lésions des fibres descendantes dégénérées de la cellule nerveuse, à travers la substance grise spinale, les nerfs et les fibres musculaires. Ces altérations sont toujours démontrables par un examen histologique, et viennent par altérations des nerfs périphériques. J. Séglas.

XXX. — **Deux idiots microcéphales ; contribution à l'étude de la microcéphalie pure** ; par Carlo Besta. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1901. Vol. XXX, fasc. II, III.)

Les fonctions psychiques sont à un niveau extrêmement bas, et la déchéance s'étend uniformément à toutes les fonctions : sensitive, sensorielle et intellectuelle.

Il y a déficit de la sensibilité (douleur, température), des fonctions sensorielles (sens des couleurs, absence du goût), et des processus psychiques supérieurs (idéation, attention), etc. Il est intéressant de voir ce déficit s'étendre à toutes les fonctions, sans respecter un groupe spécial ; il y a absence totale d'un talent par-

tiel (fréquent chez les idiots, et ceci prouve que l'arrêt de développement a porté d'une façon uniforme sur les hémisphères cérébraux. J. SÉGLAS.

XXXI. — **Table psychoscopique de Pizzoli**; par PIZZOLI. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II-III.)

Il s'agit d'une table imaginée par l'auteur pour faire des essais de pédagogie expérimentale. Cette table, assez compliquée, est construite de manière à pouvoir servir pour l'éducation du tact, du sens musculaire, de l'odorat, du goût, de la vue, de l'attention, de la perception, de la mémoire, de l'imagination, du mouvement volontaire, de l'esprit d'observation, de la réflexion, et de l'éducation des sens. J. SÉGLAS.

XXXII. — **Recherches histologiques sur la manière dont s'établissent les rapports réciproques entre les éléments nerveux embryonnaires et sur la formation du réticulum interne de la cellule nerveuse**; par CARLO BESTA. (In *Rivista di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II-III.)

1° Les éléments qui constituent le tube médullaire ont dans les premières phases du développement une forme bipolaire en fuseau : dans leur protoplasma se différencient les fibrilles nerveuses, et celles qui apparaissent les premières sont les plus périphériques.

2° Dans la moelle, il se fait une migration et une orientation des neuroblastes dans une direction bien déterminée, marquant l'apparition des fibrilles dans le tissu nerveux, et la formation du réseau dans son intérieur.

3° Les fibrilles se mettent d'abord en rapport de contiguïté, puis de continuité avec les neuroblastes, et il en résulte la formation d'un réseau nerveux continu dans le tube médullaire. Chaque neuroblaste est, par l'intermédiaire d'une fibre, réuni à un autre neuroblaste plus ou moins éloigné.

4° La cellule nerveuse n'est pas une unité embryologique. Elle se forme à partir du moment où le réseau nerveux est constitué par une différenciation des nouvelles neurofibrilles dans le corps de la cellule du neuroblaste primitif. D'abord la fibrille traverse seule le corps cellulaire, et plus tard il se forme un réseau périnucléaire à mailles plus ou moins larges. J. SÉGLAS.

XXXIII. — **Critiques et observations anatomiques sur la région sous-épendymaire du bulbe et du pont chez l'homme**; par ODOARDO AGENZI. (In *Rivista di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II-III).

Les recherches ont porté sur les troncs encéphaliques d'un

enfant de 19 jours, d'un enfant de deux mois et demi et d'un adulte. L'examen histologique a été pratiqué en coupes sériées. Cet examen amène à considérer trois portions : une dorso-latérale au noyau de la XIIe paire (fibres de la formation intercalaire), une au niveau de la XIIe paire (fibres de la région médiane); enfin une troisième à la partie inférieure de l'épendyme qui, longeant la paroi latérale du IVe ventricule se dirige obliquement en dedans et en bas. Suivent des considérations sur l'eminentia tores et sur les noyaux des IXe, X^e et XIIe paires. J. SÉGLAS.

XXXIV. — **Nouvelles recherches sur la pellagre des poules** ; par CARLO-SENI. (In *Rivista sperimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazione mentale*, 1904. Vol. fascicule II.

Ce travail accompagné de planches, a amené son auteur à considérer que les poules soumises à l'alimentation constante et prolongée par le maïs fortement avarié présentent des phénomèces typiques de pellagre chronique ou aiguë. Ces phénomènes s'exacerbent d'une façon particulière au printemps, s'atténuent en été et en automne, disparaissant en hiver, bien que l'alimentation soit toujours la même.

Les poules peuvent résister longtemps à cette alimentation infectieuse (4 ans et plus) ; la mort peut survenir soit avec les phénomènes caractéristiques de la pellagre aiguë, soit avec des phénomènes chroniques de cachexie.

Les poules nées de procréateurs soumis à cette alimentation ne présentent aucune résistance spéciale, mais se comportent comme les poules de procréateurs sains.

Les poules nourries longtemps avec du maïs avarié, et qui présentent les symptômes caractéristiques de la pellagre chronique, résistent également moins à l'action pathogénique des spores aspergillaires que les poules restées saines.

Les spores de l'aspergillus fumigatus inoculées en minime quantité dans le péricarde des poules peuvent déterminer la mort avec les phénomènes caractéristiques de la pellagre aiguë ou subaiguë, quoique restant toujours à l'état de spores, lesquelles déterminent une grave et typique réaction locale. J. SÉGLAS.

XXXV. — **Contribution nouvelle à l'étude de la fatigue mentale chez les enfants** ; par GIUSSEPPE-BELLEI. (In *Rivista spérimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazione mentale*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

L'auteur, étudiant les résultats obtenus par un travail d'une heure, en expérimentant à l'école publique de garçon, conclut que :

1° La quantité de travail produit pendant chaque quart d'heure se présente sans aucune régularité ;

2° La qualité du travail va en diminuant avec chaque quart d'heure ;

3° Le travail accompli dans les écoles dans une heure de l'après-midi est moindre en quantité et plus mauvais en qualité que le travail fait le matin dans la même période de temps ;

4° Aussi bien le matin que dans l'après-midi, le travail produit par les écoliers dans les derniers jours de l'école, pendant une heure, représente une quantité plus grande, mais constamment d'une qualité plus mauvaise que le même travail obtenu dans une même période de temps, au début de l'année d'enseignement.

J. Séglas.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. — **Le Tic hystérique** ; par MM. Pitres et Cruchet. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 24.)

Les auteurs relatent dans ce travail deux observations dans lesquelles le tic rappelle, par son début, son évolution, son mode de guérison, la façon dont se comportent et réagissent les purs accidents hystériques.

Dans le premier cas, chez une hystérique de 30 ans, on voit à la suite d'une vive émotion des tics du côté gauche de la face, du cou et de l'épaule gauche, remplacer une série d'accidents hystériques antérieurs qui ont commencé dix ans auparavant et ont revêtu successivement la forme de névralgies faciales et de crises convulsives. Ces névralgies et ces crises disparaissent complètement tant que durent les tics, qui persistent, avec des rémissions et des exacerbations pendant plus de 8 mois. Au bout de ce temps, la malade est mise en état d'hypnose et on constate aussitôt l'atténuation, puis la disparition complète des tics.

Persistance de la guérison pendant près de 4 mois ; les tics ont alors reparu à la suite d'un choc moral, mais pour disparaître encore après suggestion à l'état d'hypnose.

Dans le second cas il s'agit d'une hystérique de 14 ans qui pendant plus d'un mois, tous les après-midi, présente à la même heure une série de hoquets avec soulèvement des épaules et agitation des bras. Au bout d'un mois le hoquet disparaît et les secousses convulsives se transforment en un tic qui consiste en un mouvement de rotation de la tête avec clignement des yeux, froncement des sourcils, etc. Au bout de quelque temps ce tic est remplacé par un autre qui se produit aux mêmes heures. Ce nouveau tic cesse lui-même brusquement huit jours avant le

retour des règles absentes depuis 6 mois. L'hypnose et la suggession n'ont eu dans ce cas aucune efficacité mais la pression de certains points du corps augmentaient nettement ou faisaient naître les tics quand ils n'existaient pas. G. D.

II. — **Sur un cas d'atrophie musculaire progressive** ; par MM. de Buck et Deroubaire. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 9.)

On sait que nombre d'auteurs mettent en doute l'autonomie des divers types d'atrophie musculaire progressive et se rallient à l'idée de l'unité de ce processus morbide. D'après ce concept unitaire, l'atrophie musculaire progressive serait une affection de l'unité sensitivo-motrice primaire et de sa cellule terminale, le muscle. D'après le degré de résistance des divers segments qui composent cet arc neuro-musculaire on constaterait une prédominance des lésions, tantôt au niveau des muscles, tantôt au niveau du nerf et tantôt au niveau de la moelle.

L'observation rapportée par les auteurs plaide en faveur de cette conception, puisqu'au point de vue clinique elle se présentait avec tous les caractères d'une myopathie du type Leyden-Möbius, tandis qu'au point de vue anatomique elle réalisait un type mixte à lésions à la fois spinales, nerveuses et musculaires.

De ces rapports entre les formes myopathique, neurale et neuro-spinale de l'atrophie musculaire progressive, les auteurs croient pouvoir conclure à une pathogénie univoque de ces différents processus. Le myotome tout en étant indépendant au point de vue embryologique du neurotome dépendrait de celui-ci au point de vue fonctionnel durant la vie extra-utérine. On peut admettre que ce segment fonctionnel offre une tare héréditaire dans l'une quelconque de ses parties, qui prédomine tantôt sur le centre trophique, tantôt sur le conducteur nerveux, tantôt sur le muscle, et qui dans d'autres cas, envahit tout l'arc moteur réflexe d'une façon uniforme. G. D.

III. — **Deuxième note sur la fausse reconnaissance** ; par M. Féré. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 6.)

Des deux observations auxquelles est consacrée cette note, la première concerne une neurasthénique atteinte de paralysies nocturnes et matinales des membres avec obscurcissement de la vue. A différentes reprises, cette malade a éprouvé l'illusion du « déjà vu » à propos des personnes ou des objets. Sa conviction est alors si profonde que les affirmations de son entourage sont nécessaires pour qu'elle comprenne et reconnaisse son erreur.

La fausse reconnaissance, dans la seconde observation, était associée à un état de fatigue et a disparu avec lui. G. D.

IV. — **Contribution clinique et anatomique à l'étude de la chorée de Huntington** ; par Cesare Rossi. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

L'étude étiologique, clinique et anatomique de la chorée de Huntington a occupé un grand nombre d'auteurs, mais ces auteurs ne sont pas d'accord pour interpréter les faits et en tirer des conclusions. M. Rossi rapporte une observation de cette affection, avec examen clinique et histologique. Ayant exposé les résultats de ses recherches, il pose d'abord en premier lieu que la localisation corticale des lésions histologiques se rencontre surtout dans le lobe frontal de la zone motrice. La nature des lésions montre qu'il y a une désintégration complète des éléments nerveux; dans une première phase, on assiste à la dissociation de la substance chromatique, et dans une phase plus avancée on observe des lésions nucléaires.

Un point reste douteux : c'est celui de savoir si les lésions des éléments nerveux sont primitives, ou si elles sont secondaires à des altérations vasculaires. Pour l'auteur, les lésions des éléments nerveux succèdent à un processus d'altération des vaisseaux capillaires. En terminant, il fait remarquer les affinités cliniques et anatomo-pathologiques qui existent entre la paralysie générale progressive et la chorée de Huntington. J. Séglas.

V. — **Nosographie et pathogénie de l'atrophie musculaire progressive** ; par Valobra. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX, fasc. II, III.)

L'auteur commence par donner un long exposé bibliographique de la question, avec les opinions successives des auteurs qui se sont occupés de la question. Puis il rapporte deux observations de cas typiques d'atrophie musculaire progressive, et qui ont présenté ceci de particulier qu'ils s'accompagnaient en même temps de splanchnoptose abdominale. J. Séglas.

BIBLIOGRAPHIE

II. — *Le Névraxe*. Recueil de *Neurologie normale et pathologique*, publié par A. Van Gehuchten. Louvain, A. Nystpruyst.

Le volume VII contient les articles suivants :

1° Fritz De Beule. Le mécanisme des mouvements respiratoires de la glotte chez le lapin ;—2° A Van Gehuchten. Connexions centrales du noyau de Deiters et des masses grises voisines (Faisceau vestibulo-spinal. Faisceau longitudinal postérieur, Stries médul-

laires) ; — 3° Serge Soukhanoff. Contribution à l'étude du réseau endocellulaire dans les éléments nerveux des ganglions spinaux par le procédé de Korsch) ; — 4° A Van Gehuchten. Considérations sur la structure interne des cellules nerveuses et sur les annexions anatomiques des neurones. — 5° Serge Soukhanoff. Contribution à l'étude de l'aspect externe des prolongements protoplasmatiques des cellules nerveuses colorés par le bleu de méthylène. — 6° A Van Gehuchten. Le corps restiforme et les connexions bulbo-cérébelleuses ; — 7° Dott Giuseppe, Tricomi, Allegri. Les calices de Held dans les centres acoustiques ; — 8° A Van Gehuchten. Contribution à l'étude des voies olfactives ; — 9° Albert Michotte. La fibre nerveuse et sa bifurcation dans les ganglions spinaux (méthode de Cajal).

10° A. Van Gehuchten. Boutons terminaux et réseau péricellulaire ; — 11° Albert Michotte. Contribution à l'étude de l'histologie fine de la cellule nerveuse ; — 12° A Van Gehuchten. La poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte ; — 13° E. Rossi. L'intima stuttura delle cellule nervose umane.

Le volume VII contient les articles suivants :

1° Dott. O. Fragnito. Su le vie dit conduzione nervosa extracellulari ; — 2° Dr Nicolas Alfensky. Les noyaux sensibles et moteur du nerf vague chez le lapin ; — 3° A. Van Gehuchten. Les pédoncules cerébelleux supérieurs ; — 4° Dott. Enrico Rossi. — Fina istologia delle cellule nervose giganti della cordeccia cérébral umana.

5° Dr F. Augustin Gemelly. — Sur la structure des plaques motrices chez les reptiles. — 6° A Van Gehuchten. — Le faisceau en crochet de Russel ou faisceau cérébolbo-bubaire ; Drs de Buch et Deroubaix. Contribution à l'histopathologie de certaines formes de psychoses appartenant à la démence précoce (Kraepelin) ; — 8° A Van Gehuchten. La loi de Waller.

VARIA

Les aliénés en liberté

Tentative de suicide. — Dans un accès de folie, Jules Arsène, journalier à Pont-l'Evêque, s'est porté plusieurs coups de couteau dans le bas-ventre. Son état est grave. (*Bonhomme Normand*, 22 juin). — D'où la nécessité d'hospitaliser les aliénés dès le début de leur maladie.

Quadruple noyade à Épinal. — Dans un accès de folie, une femme Faron, âgée de vingt-sept ans, dont le mari est ouvrier

brasseur à Ville-sur-Illon, s'est noyée dans la Saône, à Monthureux, avec ses trois petits garçons âgés de six, quatre et deux ans. Les cadavres des enfants ont été retrouvés les yeux bandés. La femme Faron a laissé deux lettres, pour sa mère et son mari demandant pardon, disant qu'elle ne pouvait plus vivre, et recommandant de donner ses vêtements aux pauvres. (*L'Aurore*, 5 juin 1905.)

Traitement de l'épilepsie par déchloruration.

Ce traitement consiste à substituer le BrNa au ClNa dans la nourriture : 0,75 à 1 gr. 50 ctgr. par malade et par jour. Les résultats étaient encourageants. Les accès diminuaient. La déchloruration complète ne put cependant pas être continuée plus de deux mois et on employa l'hypochloruration. L'avantage de cette méthode consiste en la diminution de plus de moitié de la dose efficace du bromure. Ce régime n'a pas de mauvais effets sur la nutrition générale. Il y cause cependant de la constipation. Inutile chez des épileptiques à accès rares, il peut être institué avec profit chez les idiots et les déments, lorsqu'on peut contrôler leur diète.

Ponction lombaire dans l'état de mal.

Cette ponction diminue la gravité de l'état, s'il y a hypertension du liquide céphalorachidien, hypertension qui s'installe aussitôt après le début de l'état de mal. Friedel.

Nécessité de l'assistance des idiots.

On rapporte de Saint-Nazaire, dit l'*Aurore*, l'histoire d'une famille dont les membres n'éprouvaient pas une tendresse excessive pour leur fils et frère.

Les époux Couedel, cultivateurs à Fay-de-Bretagne, avaient *enfermé* depuis le 25 décembre dernier, leur fils Léon, âgé de 27 ans, *dans une étable à porcs* où il couchait sur du fumier, ligotté, les *mains enchaînées et cadenassées* : ni air, ni lumière ne pénétraient dans ce réduit, l'atmosphère était empuantie par le fumier et par les ordures.

Les époux Couedel déclarent que leur fils étant *faible d'esprit*, il était nécessaire de le surveiller. Ils avaient trouvé plus simple de l'enfermer. Ils lui passaient la soupe par une ouverture du taudis, et tous les soirs, le faisaient sortir une heure, toujours enchaîné et tenu par une corde, comme une bête dangereuse. Ces horribles détails ont été fournis à la gendarmerie par le père avec la plus parfaite placidité et écoutés tranquillement par la mère et trois autres enfants qui ne semblent pas se rendre un compte exact de la gravité de leur conduite. On garde cette

famille à vue en attendant la décision du parquet de Saint-Nazaire, qui va se transporter sur les lieux.

FAITS DIVERS

Tentative de suicide d'une adolescente. — Une jeune fille de 17 ans, demeurant chez sa tante, rue Bernier, à Laigneville a tenté de mettre fin à ses jours, mardi dernier. Elle s'est retirée dans sa chambre, vers dix heures du matin, et s'est logé deux balles dans la tête. Les docteurs Roustand, de Creil, et Léonard de Saint-Paul, de Nogent-sur-Oise, ont pu extraire une des balles mais ils ont dû renoncer momentanément à extraire la seconde. Ils espèrent néanmoins sauver la blessée. Cette jeune désespérée avait prémédité son acte, car elle avait fait secrètement l'acquisition d'un revolver, à Chantilly, quelques jours auparavant. On ignore les causes qui ont pu amener cette jeune fille à prendre cette funeste résolution. (*Semeur de l'Oise*, 12 août.)

Une torche vivante. — A Roubaix un jeune homme, nommé Eugène Froment, ouvrier apprêteur, âgé de ving-trois ans, demeurant dans une cour de la rue Beaurevaert, versa, dans un accès de folie le contenu d'une bouteille de pétrole sur ses habits, y mit le feu, puis sortit dans la rue et pénétrait dans l'estaminet Bourgeois, flambant comme une torche et hurlant de douleur. On le repoussa sur la rue ; les consommateurs ôtèrent leurs vêtements et, en les entassant, parvinrent à étouffer les flammes. De la tête à la ceinture, il était littéralement cuit : les chairs se détachaient.

Après un premier pansement fait par un docteur appelé en hâte, il fut transporté à l'hôpital dans un état désespéré. En route, il déclara que, s'il guérissait, il recommencerait. Ce matin il respirait encore.

Ce malheureux avait reçu, dans sa jeunesse, une barre de fer sur la tête. Il avait, de temps à autre, des accès de démence et prédisait qu'il mourrait en se brûlant. — Les individus qui ont reçus des traumatismes de ce genre devraient être surveillés et traités avec soins, suivre une hygiène spéciale et, dans bien des cas on pourrait éviter les accidents ultérieurs.

Bestialité et inceste. — A Annebecq (Calvados), le jeune Alphonse Porchet, âgé de 14 ans, a été surpris, dans un champ, au moment où il se livrait à des actes innomables sur une brebis. On croit aussi que ce jeune homme aurait eu des relations avec sa mère. Il sera poursuivi. (*Bonhomme normand*, 22 juin.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ASCHOFF (K.) et BAD HREUZNACH. — *Untersuchungen über des radioaktivitat der Kreuznacher solquellen.* In-8° de 12 pages.

BERGER. — La méthode italienne et ses applications aux restaurations faciales. In-8° de 22 pages, Paris.

BINET (A.). — L'année psychologique. 1 vol. In-8° de 672 pages. Lib. Masson 120 boul. Saint-Germain. Prix : 15 fr.

BLUM (Paul). — *Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques.* — Etude historique, clinique, expérimentale et critique. 1 vol. In-8° de 320 pages. Prix : 5 fr. Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

CAUYY. — De la rééducation physique, son but, ses indications, ses résultats. In-8° de 32 pages. Imp. Levé, Paris.

CHERVIN. — *Les troubles de la parole.* In-8° de 16 pages. Association française pour l'avancement des sciences.

CHETWOOD (Ch.). — Recent expériences in Kidney surgerv and the utility of diagnostic aids. In-8° de 20 pages.

CHETWOOD (Ch.-H.). — Prostatism without inlargement of the prostate. In-8° de 12 pages. *Annals of Surgery.*

DONATH (J.). — Preuve de l'existence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien à l'aide du microscope polarisant. In-8° de six pages. Extrait de la *Rev. Neurologique.*

FUMOUZE-ALBESPEYRES. — Le livret de l'enfant. 1 vol. In-8° de 138 pages. Prix : 6 francs.

GARROD (A.-E.). — Saint Bartholomew's hospital reports. 1 vol. In-8° de 500 pages. Smith, Elder et C° à London.

HUGGARD (W.-H.). — A handbook of climatic treatement including balneology. 1 vol. In-8° de 536 pages. Macmillan and C° à London.

KEE (E.-C.). — Professional secrets. In-8° de 10 pages.

KERFORNE (F.). — Etude de la région silurique occidentale de la presqu'île de Crozon. 1 vol. In-8° de 234 pages. Imp. Simon à Rennes.

LANE (A.). — The operative treatment of fractures. 1 vol. In-4° de 144 pages. Medical publishing Compagny à London.

LEVY (P.-E.). — La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation. In-8° de 16 pages. Imp. Davy à Paris.

LUCIEN-GRAUX. — Modifications à apporter aux articles 7, 11, 19 et 20 de la loi du 15 février 1902. In-8° de 24 pages. Imp. Maretheux. Paris.

MATTOS (Julio de). — *Contribution à l'étude de l'amnésie visuelle.* In-8° de 40 pages. Teixeira à Lisboa.

ORMÉA (A. D.) et FRATINI (G.). — *Sindrome labio-glosso-faringea per lesione del solo emisfero sinistro.* In-8°, de 14 pages. Vallardi à Milano.

PARK LEWIS. — *A new and physiologie explanation of a common phychologie phenomenon.* In-8° de 4 pages. Chicago.

PINCUS (L.). — Atmokausis und zestokosis die behandlung mit hochgespannten wasserdampf in der gynaekologie. 1 vol. In-8° 372 pages Bergmann à Wiesbaden.

RODRIGUEZ-MORINI. — *Contribution à l'étude clinique de la paralysie générale en Espagne* In-8° de 24 pages, de Serra frères à Barcelone.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. XXII. Septembre 1906. N° 129

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE

Nouvelles recherches sur le traitement de l'épilepsie par la bromuration avec ou sans déchloruration ;

Par Jules VOISIN, Roger VOISIN et A. RENDU.

Depuis que l'action antispasmodique des bromures a été utilisée dans le traitement de l'épilepsie, nombreux sont les auteurs qui ont recherché quelle était la meilleure méthode d'administration de ce médicament pour en obtenir le maximum d'effet thérapeutique. *La déchloruration*, imaginée par Richet et Toulouse, n'est, en somme, qu'un nouveau procédé de bromuration. Elle ne peut, en effet, à elle seule, modifier en quoi que ce soit le cours de l'épilepsie, et n'agit qu'en renforçant, dans certaines conditions, l'action des sels de brome, dont la prise ne doit pas être suspendue.

Les inconvénients de la déchloruration sont nombreux : c'est d'abord la difficulté, considérable ordinairement dans la pratique, de faire suivre longtemps aux malades un tel régime, par suite du dégoût qu'il inspire au bout de peu de jours, et des accidents de dénutriton qui résultent de ce manque d'alimentation. Ce sont ensuite les accidents d'intoxication par le brome qui apparaissent plus rapidement, et d'une façon plus intense, pendant le régime déchloruré que pendant le régime ordinaire. Il suffit, pour les produire, d'une quantité de bromure considérée comme moyenne au cours d'un régime ordinaire, et une dose de 4 grammes donnée à un adulte devient une dose forte (Toulouse).

C'est ainsi que dans une expérience, rapportée au mois de décembre 1905 à la Société médicale des Hôpitaux (1), avec cette dose de 4 grammes de KBr donnée pendant un mois, au cours d'un régime déchloruré, à des épileptiques adultes, nous avons constaté, indépendamment du dégoût de l'alimentation, des accidents variés, les uns nettement sous la dépendance d'une intoxication par le brome ; d'autres, des troubles mentaux, d'une interprétation plus difficile ; d'autres, enfin, de nature épileptique, états de mal, dont la symptomatologie avait été modifiée par suite du bromisme des sujets. A ce propos, nous insisterons sur ce dernier diagnostic d'état de mal, appliqué à des accidents caractérisés par la perte de connaissance, l'élévation de température, l'ébauche de crises convulsives ; diagnostic controuvé à la séance même de la Société par M. Toulouse ; l'élévation de température, contrairement à l'opinion soutenue par notre contradicteur, ne peut être le résultat de l'intoxication par le brome; le bromisme, ainsi que le décrivent les classiques, et que des expériences récentes que nous venons d'effectuer chez des animaux nous l'ont confirmé, déterminant toujours de l'hypothermie.

Pour que des accidents aussi intenses apparaissent avec le régime ordinaire, la dose de KBr doit être très élevée ; et encore est-il à observer que la dépression du malade paraît moins marquée.

Dans le courant de décembre, nous avons institué, pendant un mois, un traitement *de 12 gr.* de Kbr par jour, chez 12 épileptiques adultes, choisies parmi celles qui avaient déjà, au mois de juin, suivi le traitement sans sel avec 4 grammes de bromure de potassium.

L'état général des malades ne fut pas sensiblement modifié. Les variations de poids furent à peine appréciables.

Mais l'apparition des accidents de bromisme dut bientôt faire cesser le régime. Dès le 5 décembre, 6 malades n'avaient plus de réflexe pharyngien et, le 11 décembre, l'abolition en était complète chez tous les sujets.

(1) Jules Voisin, Roger Voisin et A. Rendu. — Bromisme, troubles mentaux et état de mal épileptique au cours de la déchlorûration avec bromuration chez les épileptiques. *Soc. Méd. Hôp.*, 1905. p.

Ce furent, dès lors, une série d'accidents un peu analogues à ceux que nous avions observés avec le régime de la déchloruration, mais avec moins d'intensité cependant. Deux malades seulement présentèrent de l'acné, et, si plusieurs montrèrent des modifications de caractère et une légère titubation, nous n'eûmes pas à noter cette inertie absolue et cette profonde dépression que nous avions signalées en décembre.

Cette fois encore, une malade fut atteinte d'état de mal, trois jours après cessation du régime, et y succomba, bien que le nombre de crises fut relativement restreint (25), et cette sorte d'absence de réaction doit, croyons-nous, être rapportée à la bromuration intense de l'organisme, bien que cette bromuration n'ait point, dans ce cas, déterminé d'accidents graves d'intoxication.

Le résultat de cette hyperbromuration sur le nombre des crises fut très marqué. Nos épileptiques qui, les mois précédents (KBr 4 gr. régime ordinaire), avaient présenté une moyenne de 290 accès par mois, ne présentèrent, pendant ces 30 jours (KBr 12 gr. régime ordinaire), que 11 accès et 6 vertiges, soit une diminution de 94,1 °/₀. Si nous nous reportons aux travaux publiés en décembre 1905, nous verrons que ces mêmes malades présentaient, en avril et mai 1905 (régime ordinaire avec 4 grammes de bromure de potassium), respectivement 373 et 381 accès, et, en juin (régime sans sel avec 4 grammes de KBr), 17 accès, comme dans cette expérience. Il semble donc que le régime sans sel triple le pouvoir du bromure donné.

D'un autre côté, la cessation brusque de la bromuration paraît, ainsi que l'a remarqué Legrand du Saule, réveiller l'épilepsie latente. Il semble que l'organisme possède comme une réserve d'accès, faite pendant le traitement, et qu'il rattrape, pour ainsi dire, le temps perdu, sitôt le traitement terminé. C'est ainsi que chez des épileptiques jeunes, qui pendant une période de bromuration intense (8. gr. de bromure de potassium par jour) d'une durée de 30 jours ne présentèrent qu'un total de 48 attaques et 6 vertiges ; dans les 10 jours qui suivirent la cessation complète du médicament, on put compter 248 attaques et 11 vertiges. Ces chiffres étaient

identiques à ceux trouvés pendant un mois de bromuration moyenne (2 gr.)

De ces essais thérapeutiques nous concluons d'abord que l'on ne peut pas conserver impunément pendant un mois un régime ordinaire avec 12 gr. de bromure par jour, ou un régime sans sel avec 4 gr , car ces régimes, s'ils abaissent considérablement le nombre des accès, abrutissent les malades et causent de l'intoxication bromique, puis que la cessation brusque de la prise de bromure pour enrayer cette intoxication paraît être dangereuse.

Par contre, lorsque l'on se contente de donner aux malades une dose de KBr. inférieure à celle indiquée ci-dessus et toujours la même, les accès demeurent très fréquents. Une certaine accoutumance au médicament s'établit qui en affaiblit le pouvoir.

Des constatations analogues, faites par Charcot, Gilles de la Tourette, avaient déterminé ces auteurs à conseiller de donner aux épileptiques les bromures à doses alternativement croissantes et décroissantes.

Nous avons pensé que l'institution passagère d'un régime déchloruré pouvait être utilement établie dans cette progression thérapeutique.

Des recherches antérieures (1) nous avaient amenés aux constatations suivantes :

Si à la bromuration simple on fait succéder la déchloruration en maintenant la même dose de bromure, les accès diminuent très notablement.

Mais qu'on laisse l'épileptique pendant plusieurs semaines à un régime strictement déchloruré et sans lui donner de bromure, puis qu'on lui redonne une dose moyenne de bromure avec un régime salé ou sans sel, les deux résultats seront identiques, le régime semblant indifférent.

Nous avions noté d'autre part que la cessation du traitement bromuré au cours d'un régime déchloruré produit moins d'effet nuisible qu'au cours d'un régime ordinaire.

Nous avions conclu de ces constatations d'abord que

(1) Jules Voisin, Roger Voisin, Louis Krantz. — De la déchloruration dans l'épilepsie, ses avantages, ses inconvénients. — Soc. Méd. Hôp., 16 déc. 1901.

la bromuration antérieure de l'organisme paraissait nécessaire pour que l'institution d'un régime sans sel produisît son effet optimum; puis que l'action du bromure se prolongeait plus longtemps lorsque le malade ne prenait pas de sel.

Pour expliquer ces faits, nous adoptions l'hypothèse suivante :

Le bromure agit en grande partie en remplacant le chlorure dans ses combinaisons à l'intérieur des tissus, (Linossier);ces combinaisons bromurées sont peu stables et sont détruites par la prise d'une nouvelle quantité de sel; elles se maintiennent par contre même après cessation du traitement bromuré si la déchloruration est rigoureusement continuée. De plus dans ces remplacements du chlorure par le bromure dans ses combinaisons albuminoïdes, le rôle capital nous paraît revenir aux phénomènes d'osmose et aux phénomènes chimiques qui accompagnent toute déchloruration. C'est grâce à ces phénomènes que le bromure inclus dans les tissus vient remplacer le chlorure.

Et nous avions alors préconisé dans le traitement de l'épilepsie des alternatives de régime salé et non salé, « parce que, écrivions-nous, nous pensons que les phénomènes physiques et chimiques qu'elles déterminent facilitent à la fois l'élimination urinaire et la fixation du bromure, et parce que cette variété même du régime en permet la bonne exécution. »

Dans l'expérience que nous allons rapporter, nous avons combiné la déchloruration et la progression des bromures; nous avons institué le régime suivant: après 10 jours de régime ordinaire avec 4 grammes de KBr, nous donnions pendant 10 jours, 10 grammes de bromure, puis après cette hyperbromuration, nous mettions pendant 10 jours nos malades au régime sans sel en suspendant la prise de bromure. Nous espérions ainsi débarrasser l'organisme de son excès de bromure circulant, sans déplacer cependant le bromure combiné.

Les malades adultes soumis à ce régime furent les mêmes que dans les expériences précédentes: le régime fut poursuivi pendant cinq périodes de 30 jours.

Le tableau I donne pour chaque malade le nombre des

accès pendant chaque période ; en les réunissant nous avons les résultats suivants :

	10 jours à 4 grammes Rég. ord.	10 jours à 10 grammes Rég. ord.	10 jours sans bromure sans sel.	Résultats de chaque période.
1re période.....	48	3	7	58
2e période.....	19	11	15	45
3e période.....	40	6	32	78
4e période.....	39	5	20	64
5e période.....	40	2	22	64
	186	27	96	309

En additionnant ces colonnes dans le sens vertical nous voyons que c'est pendant la période aux 4 gr. de KBr que les malades ont le plus d'attaques (186) ; que, par contre, le régime à 10 gr. les fait presque disparaître (27), enfin que leur nombre pendant le régime sans sel était intermédiaire (96) aux deux précédents.

La moyenne de ces 5 périodes de 30 jours donne pour nos malades 61,8 accès, alors que dans les mois au régime ordinaire avec 4 gr. de KBr, elle était de 236,5 (en ne comptant ni Car,., qui cessa le régime mixte au bout de la première période, ni Pocc., qui succomba avant le commencement de ce régime.)

Il est intéressant de remarquer que cette courte période de déchloruration de 10 jours était assez bien supportée; nous n'y avons noté aucun accident, mais dans les derniers jours, les malades commençaient à se plaindre de la nourriture. On ne pourrait donc pas la prolonger plus longtemps. De plus, quoique les accès aient été moins nombreux, que par instants la bromuration ait été intense (10 gr. par jour), nous n'avons noté durant ces cinq mois de régime aucun accident de bromisme, même pas de la dépression.

Ces périodes successives nous ont donc amené une diminution de 70,9 % des accès sans amener des accidents, que nous avions notés au cours de la déchlorura-

	REGIME ORDINAIRE KBr : 4 gr.								Rég. ord KBr 12 gr.		10 jours Rég. ord. Pas de KBr	REGIME MIXTE 10 jours, 4 gr. KBr. Régime ordinaire — 10 jours, 8 gr. KBr. Régime ordinaire — 10 jours sans KBr. Régime sans sel.									
	Août		Septembre		Octobre		Novembre		Décemb.			1re pér.		2e pér.		3e pér.		4e pér.		5e pér.	
	A	V	A	V	A	V	A	V	A	V		A	V	A	V	A	V	A	V	A	V
Auj.	19	5	20	15	16	12	19	5	3	1		3	0	4	0	6	0	4	0	2	0
Arn. (J.)	12	8	6	4	14	3	20	2	4	0		13	0	11	1	2	0	8	0	6	0
Arn. (G.)	3	0	3	2	14	0	2	34	0	0		1	1	3	0	1	0	2	0	3	0
Car.	5	42	11	36	2	45	2	34	0	0		0	0	»	»	»	»	»	»	»	»
Dec.	8	0	8	2	5	2	8	0	0	0		3	0	0	0	7	0	5	0	6	0
Dev.	28	21	11	51	5	31	8	27	0	0		3	5	0	1	15	11	1	8	9	1
Her.	11	0	1	0	1	0	3	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Laur.	64	12	8	70	19	60	12	59	0	2		4	14	2	6	2	10	1	7	9	10
Leg.	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pocc.	7	2	10	4	6	0	6	4	0	0	Mort	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ross	3	0	5	0	3	2	7	0	0	0		1	0	1	0	6	0	8	1	5	0
Web.	19	3	32	23	27	37	19	27	0	3		9	1	12	4	12	6	17	2	13	0
	169	93	117	207	115	192	111	158	11	6		37	21	33	12	51	27	46	18	53	11
	262		324		307		269		16			58		45		78		64		64	

avec bromuration prolongée, ou au cours de l'hyper-bromuration. Ce régime nous paraît donc devoir être institué.

***

Les doses de bromure de potassium que nous avons données à nos adultes étaient de 4 gr. puis de 10 gr. Chez les enfants, ces doses devraient être diminuées, tout au moins chez les jeunes enfants jusque vers l'âge de 15 ans ; car à 16 et surtout à 18 ans, les épileptiques doivent être considérées comme des adultes.

C'est ce que nous montrent quelques constatations faites dans notre service d'enfants. Au mois de juin 1905, seize enfants de 11 à 18 ans, furent soumises pendant un mois à un régime déchloruré avec prise journalière de 2 grammes de bromure de potassium. Dans le mois de mai, avec cette même dose de KBr, mais le régime restant salé, ces enfants avaient présenté un ensemble de 253 accès. Le régime sans sel ne fit tomber ce nombre qu'à 180.

Ce résultat plutôt médiocre de la déchloruration nous étonna. En effet 12 de ces 16 malades avaient suivi, l'année précédente, le même régime, et le nombre de leurs crises était tombé de 224 à 59. Cette fois-ci, le total des crises des mêmes enfants tombait seulement de 251 à 155. Soit la première fois une diminution de 73,7 % des accès, contre une de 33 % la seconde.

Pourtant nous ne pouvions pas incriminer les conditions climatériques; l'expérience en 1904 et en 1905 avait été effectuée au mois de juin ; de plus le mois précédent, le nombre des accès de nos malades était resté stationnaire ; 231 accès en mai 1905 contre 224 en mai 1904.

En comparant les tableaux de 1904 et de 1905, nous avons alors remarqué que, tandis qu'en 1904 toutes nos enfants avaient présenté moins d'attaques, en 1905, seules les plus jeunes, celles de 12, 13, 14 ans (Chia... Nic.. Per..) étaient dans les mêmes conditions : 14 accès contre 57.

Par contre, les enfants âgées de 16, 17, 18 ans n'avaient recueilli presque aucun bienfait du régime déchloruré, (141 contre 174)

	AGE en 1905.	BROMURE : 2 GRAMMES			
		Ordinaire Mai 1904.	Sans sel Juin 1904.	Ordinaire Mai 1905.	Sans sel Juin 1905.
Bast.....	15	2	2	4	6
Bid.....	15	1	2	2	2
Bret.....	12	0	0	0	1
Burl.....	15	39	31	55	41
Chiap.....	13	14	1	22	3
Jo.....	16	4	0	3	2
Lec.....	17	2	0	5	9
Leg.....	17	88	12	78	51
Ma.....	15	36	1	10	12
Mass.....	17	23	8	17	17
Nicol.....	11	15	2	23	5
Per..... ...	11	0	0	12	6
		224	59	231	155

Nous devons donc conclure que cette dose de 2 gram. de KBr pendant le régime sans sel était une dose trop faible pour nos grandes filles, alors qu'elle était suffisante l'année précédente.

De même, la dose de 8 gr. de KBr par jour n'était pas pour nos enfants l'analogue de la dose de 12 gr. donnée aux adultes. Cette dose de 8 gr. diminua considérablement le nombre des accès mais pas dans les mêmes proportions que chez l'adulte (54 accès dans le mois). Par contre nous n'avons pas remarqué chez ces malades de signes marqués d'intoxication par le bromure. Seules les plus jeunes présentèrent de la salivation et cette odeur particulière de l'haleine.

Il faut donc dans la pratique considérer comme des adultes les enfants de 16, 18 ans.

***

Des résultats de ces divers essais thérapeutiques nous retiendrons surtout le fait suivant : l'institution au cours d'un régime bromuré à doses croissantes, d'une période

de régime sans sel et sans bromure, donne dans les cas d'épilepsie dite essentielle à accès très nombreux, de très heureux résultats.

Ces courtes périodes de déchloruration laissent reposer l'organisme, sans cependant amener les inconvénients et les accidents que l'on a signalés dans ce régime. Elles évitent une bromuration trop considérable de l'individu, qui devient plus nuisible qu'utile en supprimant la réaction nerveuse nécessaire.

Nous ne préconisons donc pas l'institution constante d'un régime sans sel avec faible bromuration au cours du traitement de l'épilepsie ; l'augmentation de la dose de bromure pendant le régime ordinaire donne les mêmes résultats.

Nous recommandons par contre les alternatives de régime ordinaire et de courtes périodes de régime sans sel, et, entre autres, le régime suivant : 10 jours à 4 gr. de bromure de potassium, 10 jours à 10 gr. avec régime ordinaire pendant ces deux périodes, puis 10 jours de régime sans sel et sans bromure.

Ces doses, instituées chez les adultes, sont applicables également le plus souvent aux adolescents de 16 à 18 ans.

CLINIQUE NERVEUSE

Un cas de compression de la moelle avec des phénomènes de tétraplégie spasmodique. (*Contracture, exagération des réflexes tendineux, trépidation épiléptoïde, signe de Babinski, guérison.*)

Par M. le Dr NOICA,

Médecin adjoint de M. le Professeur Dr Marinesco, Chef du service des maladies nerveuses de Bucarest.

L'étude des compressions médullaires occupe encore aujourd'hui la sagacité des neurologistes, et parmi les autres problèmes que soulève ce chapitre, se trouve aussi le suivant : Quoique Charcot, Westphal, Strümpel, Raymond, Babinski, etc., aient montré que les phénomènes spasmodiques peuvent exister sans que la moelle

présente des lésions de dégénérescence des faisceaux pyramidaux, en clinique encore, quand on se trouve en face de pareils symptômes, on n'hésite pas à admettre qu'il doit y avoir des lésions de dégénérescence et par conséquent d'émettre un pronostic grave.

La cause, dit le professeur Raymond, tient à la difficulté que nous avons de dire devant le malade, si tels phénomènes de compression traduisent seulement un trouble fonctionnel, ou encore si tels autres traduisent une lésion des faisceaux nerveux. Nous nous sommes heurtés à cette difficulté quand on a emmené le malade à l'hôpital Pantélimon.

A. M., mécanicien, âgé de 20 ans, est reçu dans le service de M. le prof. Marinesco, le 20 novembre 1903. Dans ses antécédents héréditaires et personnels, on ne trouve rien d'intéressant. Il y a cinq mois, il lui est arrivé un accident à la batteuse où il travaillait. Une roue de la machine, lui accrochant son veston par derrière et puis le soulevant à la hauteur d'un mètre, l'a fait se contusionner très fort à la nuque ; puis il est tombé par terre. Immédiatement le jeune homme a pu se relever, tout seul, faire une vingtaine de pas, mais il a dû s'arrêter par suite des douleurs terribles qu'il ressentait à la région contusionnée. On le transporte chez lui, où il est forcé de garder le lit pendant une semaine à cause des douleurs de la nuque. En même temps il sentait des fourmillements dans les quatre membres et surtout dans les membres supérieurs.

Pendant les trois mois qui ont suivi, le jeune mécanicien a pu s'occuper de son métier sans ressentir autre chose qu'un affaiblissement progressif de la force musculaire dans tous les membres. Inquiet, il entre dans un hôpital de province, n'ayant plus la force de se tenir debout. Après un séjour de 2 mois dans cet hôpital pendant lequel il a été tout le temps paralysé au lit, se plaignant encore de palpitations et même quelque temps de l'incontinence d'urine, on l'emmène en voiture dans notre service.

Le jour de son entrée, on voit un jeune homme paralysé dans son lit, intelligent, de bonne constitution, avec un appareil musculaire bien développé. A la nuque on ne constate aucune déformation, aucune trace de lésion. Les membres inférieurs sont en extension complète, et les mouvements sont presque abolis, à peine peut-il produire un léger mouvement d'adduction avec son membre inférieur droit, et quelquefois un très léger mouvement de flexion avec le gros orteil droit. Pendant la nuit il fait quelquefois, dit-il, des mouvements limités de flexion et d'extension dans les genoux.

Les mouvements passifs dans toutes les jointures des membres inférieurs se font avec difficulté par suite d'un état de contracture trés exagéré. La résistance musculaire est presque nulle. La station debout lui est impossible. Les réflexes tendineux, rotuliens et achilléens sont exagérés. Il y existe du clonus et le signe de Babinski des deux côtés.

Les membres supérieurs varient de position, et sont moins pris que les autres. Il lève le membre supérieur gauche jusqu'au plan horizontal, le droit un peu plus haut. Les mouvements de flexion et d'extension du coude se font entièrement ; le malade dit que l'extension est plus difficile. Les mouvements de supination et de pronation s'exécutent bien. Les mouvements du poignet sont très difficiles. Le patient, qui a les doigts fléchis dans la paume de la main, peut exagérer cette flexion à gauche, mais nullement à droite ; il lui est impossible d'étendre les doigts et avec le pouce il ne peut faire aucun mouvement. Les mouvements passifs se font assez facilement dans toutes les jointures, mais on ne peut défléchir les doigts qu'avec beaucoup de peine. Les réflexes tendineux du coude et du poignet sont exagérés des deux côtés. La force dynamométrique aux mains est nulle. Au coude, la force musculaire des fléchisseurs est diminuée et celle des extenseurs est abolie.

La sensibilité générale est légèrement troublée. On trouve de l'hypoesthésie tactile à la plante des pieds, sur les deux faces des mains, sur le gland et sur la face interne des cuisses. De l'hypoalgésie sur les deux faces des mains et puis sur toute la face interne des avant-bras jusqu'aux coudes. De l'hypothermie avec diesthésie sur les membres inférieurs (dans toute leur étendue), sur les deux faces des mains, et sur la face interne des avant-bras jusqu'aux coudes. La sensibilité osseuse n'est pas atteinte. Le sens musculaire est aboli aux doigts et aux poignets. Les pieds et les mains sont froids et remplis de sueurs. Les réflexes abdominaux, inférieurs et moyens, sont abolis, les réflexes épigastriques sont diminués, les réflexes crémastériens abolis.

Il n'existe pas de trouble de miction ou de défécation. On le traite dans le service avec le massage et le repos absolu.

Le 17 avril 1904, le patient quitte le service, sur un brancard, sans avoir senti aucune amélioration. Il reste quelques jours à la maison, puis au mois de mai et de juin il fait un séjour dans une modeste station de bains de boue. Là il prétend que, après le dixième bain et après dix séances de massage on n'avait plus besoin de le transporter, il allait tout seul, appuyé sur une canne. Après le trentième bain il s'est senti complètement guéri.

Le 17 août de la même année, notre ancien malade vient nous faire une visite à l'hôpital, pour nous montrer qu'il marche comme tout le monde, qu'il se sert normalement de ses bras, enfin

qu'il est revenu à l'état de santé antérieur à l'accident. Si on l'examine, on constate que la force dynamométrique à droite indique 70, à gauche 80. La motilité des membres supérieurs est normale, les mouvements des doigts s'exécutent même parfaitement bien. La motilité et la marche des membres inférieurs sont absolument normales. Plus de trouble de sensibilité, le sens musculaire est revenu aussi. Les réflexes rotuliens et achilléens très légèrement exagérés. Plus de clonus et de signe de Babinski à droite. A gauche le signe de Babinski existe encore et une ébauche de clonus. Les réflexes crémastériens et abdominaux se produisent très bien.

En résumé : un jeune homme de 20 ans, qui reçoit un coup très fort à la nuque, suivi d'une douleur terrible dans la région du traumatisme, qui garde le lit pendant une semaine, ne se plaignant d'autres symptômes que de douleurs à la nuque et de fourmillements dans les quatre membres. Après une semaine, le patient, reprenant son travail, observe un affaiblissement dans les membres, s'accentuant de plus en plus. Trois mois après l'accident, il entre dans un hôpital départemental, avec une paralysie de tous les membres et surtout des membres inférieurs : il ne peut plus marcher, ni rester debout, de plus il a eu de l'incontinence d'urine.

Le 20 novembre on l'emmène dans notre service avec paraplégie spasmodique très intense des membres inférieurs et une légère paralysie spasmodique des membres supérieurs. Neuf mois après le début de la paralysie, c'est-à-dire une année après l'accident, le malade guérit complètement, après une cure de bain de boue et de massages. Notre cas n'est pas isolé, et si la guérison s'est produite, c'est parce que la compression n'a pas été suivie d'une dégénérescence des faisceaux pyramidaux, autrement dit il rentre dans la catégorie de ceux qui cliniquement se présentent avec des signes de spasmodicité, mais qui anatomiquement ne s'associent pas à des lésions de dégénérescence.

Déjà Charcot et plus tard son successeur, le professeur Raymond (1), soutenaient qu'il serait inexact « de se baser sur la longue durée (plus de sept mois) de

(1) Raymond et Sicard. — *Soc. de neurologie*. Séance du 5 févr. 1903. *Compression médullaire par fracture du rachis. Paraplégie spasmodique ; laminectomie.*

la spasmodicité, avec clonus et extension des doigts, sur la présence des troubles sphinctériens et sur un commencement de syndrome de Brown-Séquart pour conclure à une lésion médullaire consécutive à une compression », autrement dit, l'état spasmodique n'est pas exclusivement et nécessairement sous la dépendance de la dégénérescence du faisceau pyramidal.

Pour Westphal et Strümpel, l'exagération des réflexes tendineux serait aussi indépendante d'une dégénérescence secondaire ; si elle existe, c'est une pure coïncidence, parce qu'alors le centre inhibitoire de l'encéphale cesse d'exercer son action sur le centre médullaire, producteur des réflexes, à cause de la rupture des fils qui le liaient à ce dernier. Preuve, disent ces auteurs, les cas d'apoplexie cérébrale compliqués immédiatement de contracture, convulsions et exagérations des réflexes tendineux. Dans ces cas l'apoplexie cérébrale est produite par une grande hémorrhagie, ou par une hémorrhagie qui a pénétré dans les ventricules latéraux, ou dans le 4e ventricule, ou dans la protubérance ou dans le bulbe. Il y a des cas aussi chez lesquels, au lendemain, ou le 4e jour d'une attaque apoplectique, apparaissent des convulsions et des contractions accompagnées de l'exagération des réflexes tendineux, tous ces phénomènes produits par une réaction inflammatoire d'un foyer cérébral disparaissent dans peu de temps.

Babinski (1), s'associant aux auteurs précédents, cite trois observations avec autopsie, dans lesquelles il n'a pas trouvé de lésions dégénératives, quoique les malades, pendant la vie, aient présenté des phénomènes de spasmodicité. Il ajoute encore à cette occasion des cas de Schultze (2), de Fraenkel (3), de Philippe et Cestan (4), de

(1) Babinski. — *Soc. méd. des hôpitaux*. Séance du 22 mars 1899. Sur une forme de paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du faisceau pyramidal.

(2) Giebt es eine primare Sklerose der Seitens frange des Rückenmarks ? von Dr med. Richard Schultze, *Deutsches Archiv. f. Klin. Med.* XXII Band, p. 343.

(3) *Zur Lehre von den Geschwulsten der Rückenmarkschaute. Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 28, 29 und 30.

(4) *Etat du faisceau pyramidal dans quatre cas de contracture spasmodique infantile*, par MM. Ch. Philippe et R. Cestan. *Soc. de Biologie*, année 1897, p. 1080.

Cestan (1) et un cas publié par lui-même dans sa thèse (2). F. Raymond et S.-A. Sicard, dans leur travail déjà cité, publient un cas analogue, et J. Babinski, dans la même séance de la Société de Neurologie, présente un nouveau cas.

On peut déduire de ces faits que les signes cliniques de spasmodicité ne coïncident pas toujours avec une dégénérescence des faisceaux pyramidaux, et par conséquent, dans les cas de compression, on guérit assez souvent si l'on sait intervenir chirurgicalement à temps, comme dans le cas de Raymond et Sicard et le cas de Babinski, déjà cités.

Notre cas peut entrer dans cette catégorie, seulement nous ne savons et nous ne pouvons pas dire quelle a été la cause de la compression, qui a duré pendant une année et puis a disparu d'elle-même.

M. le professeur Marinesco croit, et nous sommes de son avis, que le traumatisme a pu produire une hémorrhagie méningitique, qui petit à petit a provoqué une irritation de voisinage et il s'est formé là une plaque de pachiméningite hémorrhagique, qui comprimait la moelle et produisait des phénomènes de spasmodicité. Avec le temps, le repos, les bains de boue, et le massage, la plaque a pu se résorber et les signes de spasmodicité disparaître complètement. Un mot avant de finir. Notre malade présentait, à l'hôpital, le signe de Babinski des deux côtés, mais quand il est revenu guéri, le réflexe n'existait plus du côté droit et se produisait encore à gauche.

Probablement qu'avec le temps il disparaîtra aussi. En somme, ce signe clinique ne nous autorisait pas, chez notre malade, à dire qu'il traduisait une lésion de dégénérescence, mais tout au plus un trouble fonctionnel du faisceau pyramidal.

(1) *Tumeur cérébrale comprimant la zone rolandique gauche, hémiplégie permanente, intégrité du faisceau pyramidal*, par Cestan. (*Soc. anatomique*, février 1899.)

(2) *Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques*, par J. Babinski. Thèse de Paris, 1889.

CLINIQUE MENTALE

Délire de persécution à base de fausse interprétation et délire alcoolique ;

PAR

RÉMOND (de Metz), Professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Toulouse.

et

LUCIEN LAGRIFFE, Ancien chef de clinique des maladies mentales, médecin des asiles.

Dans un récent article, le Dr Simon (*Épilepsie, délire alcoolique, mélancolie*, etc., etc., *Archives de Neurologie*, février 1905, p. 104) a rapporté l'observation intéressante d'un malade chez lequel existaient différentes affections mentales, et il a montré que la possibilité de reconnaître de telles coexistences était « un des faits les plus « propres à montrer que les études cliniques ne sont pas « restées, en psychiatrie, plus stériles que dans les autres « parties de la médecine ».

La reconnaissance des *psychoses combinées* présente, en effet, un haut intérêt, qui s'élève bien au-dessus de celui que peuvent présenter ce que nous pourrions appeler les élégances de la clinique, en raison de la diversité de pronostic des divers états et de la nécessité qu'il y a, en matière d'observation, à conserver une bonne tenue aux descriptions cliniques.

Il y a plus : il existe en psychiatrie tout un chapitre riche de détails, concernant plus de la moitié des maladies ou des troubles psychiques que nous observons, et dans lequel la sagacité des chercheurs n'a pu encore mettre tout l'ordre que nous voudrions y voir régner, chapitre à l'endroit duquel chaque observateur est contraint de se constituer une religion personnelle toute provisoire, sorte de classement pratique, dans l'attente de celui qui, un jour, viendra proposer un plan scientifiquement acceptable. Ce chapitre est celui des dégénérescences.

Alors que l'accord est unanime pour reconnaître l'existence, l'autonomie, la régularité clinique de la manie, de la mélancolie, de la paralysie générale, nous sommes, à l'égard de tous les autres complexus morbides, encore dans une période de tâtonnement, puisqu'au milieu des innombrables matériaux recueillis, une seule notion très nette et incontestée s'élève, celle de la dégénérescence héréditaire ou acquise.

C'est pourquoi, à tout instant, nous voyons surgir un vocable nouveau pour une entité prétendue en laquelle nous avons la crainte de ne rencontrer que l'éphémère de la mode. Mais il faut reconnaître que ceci ne peut guère advenir que des dénominations qui préjugent trop et risquent de devenir au bout de peu de temps des non-sens alors que, bien au contraire, les dénominations mettant simplement en vedette les symptômes dominants constituent un bon travail de classement destiné à déblayer ce qui appartient à l'avenir.

Pour aider à ce travail, il importe au plus haut point de tâcher de dépister les complexus, de départager ce qui appartient à telle cause ou à telle autre, faute de quoi les éléments combinés et embrouillés de deux états distincts pourront faire croire à l'existence d'une forme nouvelle, inédite, à décrire ; ou bien, ils feront entrer le complexus dans un cadre qui ne lui convient pas.

Pour éviter cela, il faut des observations très complètes, très raisonnées, où rien ne soit omis ; il faut encore, au point de vue didactique, ne s'arrêter qu'à celles pour lesquelles on a pu réunir tous les éléments nécessaires et rejeter provisoirement celles dont les données sont incomplètes.

L'observation qui suit pourrait peut-être ne pas échapper complètement à ce dernier reproche, mais il nous a paru cependant que ses éléments constitutifs étaient assez riches et suffisamment précis pour qu'il nous soit permis, alors qu'elle s'appuie sur des travaux antérieurement produits, d'en tirer une conclusion.

Observation. — Le 17 juin 1901, Antoine C... se présente à la consultation de la Clinique des maladies mentales de Toulouse, se plaignant de délire et d'hallucinations. Ce malade, âgé de 35 ans, célibataire, licencié ès sciences, est étudiant en philoso-

phie ; il nous donne sur sa maladie un ensemble de détails qui font naître en nous le désir de l'observer plus longuement ; nous l'engageons à solliciter son entrée à la Clinique, où il est placé dès le lendemain. Malheureusement, ce malade n'ayant pas son domicile de secours dans la ville, nous n'avons pu le conserver que pendant très peu de jours, et l'observation dont il fait l'objet n'a pu être aussi complète que nous aurions désiré qu'elle fût.

La première enfance d'Antoine C... ne présente aucune particularité à noter. Vers l'âge de onze ans, nous voyons survenir des phobies religieuses : le malade n'a pas osé avouer une faute génitale au cours d'une confession, d'où terreurs religieuses, peur obsédante de mourir en état de péché mortel, et d'être assassiné au cours de son sommeil, aussi ne couchait-il jamais sans son couteau, afin de se défendre contre toute attaque. D'ailleurs, dès cette époque, l'émotivité était très grande et la musique religieuse déterminait chez ce malade un plaisir tellement douloureux qu'il ne pouvait généralement pas la supporter et était obligé de sortir.

Vers la même époque, on note une affection gastro-intestinale avec mouvement fébrile et délire, au cours duquel le malade dit avoir ressenti la sensation très nette de ce qu'il a pu rapporter plus tard au devenir d'Héraclite. Peu après, nous voyons survenir un accès de somnambulisme.

De 12 à 18 ans, le malade est pensionnaire dans un petit séminaire. « J'étais, dit-il, assez chétif, très timide, assez religieux, j'étais, en somme, un esprit positif et sceptique. »

A 18 ans, au cours d'une promenade, il rencontre un aliéné qui lui dit que « les francs-maçons et les rouges » lui feraient du mal. Cette remarque ne lui fit à l'époque aucune impression ; mais aujourd'hui, elle revêt pour lui un caractère prophétique ; elle a pris dans le champ de sa conscience une importance très grande, parce que, suivant son expression imagée, sa mémoire aujourd'hui, c'est-à-dire son passé, déborde son présent.

A l'âge de vingt ans, le malade commence à se masturber un peu ; puis, un an plus tard, il est boursier de licence, mais cette bourse lui est bientôt supprimée pour irrégularité dans ses actes de scolarité. A la faveur de ce fait, quelques idées de persécution se font jour : Antoine C... croit que cette bourse lui a été enlevée pour être donnée à un protestant ; il croit que toutes les bourses sont accaparées pour les fils de pasteurs. Depuis ce moment, quelques excès alcooliques : armagnac et bière.

Le malade continue néamoins ses études, et à 23 ans, reçoit son diplôme de licencié ès sciences mathématiques. Un an après, il entre comme répétiteur dans un collège privé tenu par les jésuites, où il reste de 1890 à 1894. Cette période est caractérisée par

Antécédents héréditaires :

Louis C..... (1759-1851), aubergiste puis employé à la perception de la dîme, violent, battait sa femme, épouse, en 1784, *Geneviève C.....*, alcoolique

- fils
- fille, morte démente sénile
- fille mariée
  - fille, faible d'esprit
  - fille, internée hallucinée suicide
- Sylvestre C.. (1794-1879) caractère acariâtre, épouse Marie C.. (1801-79)
  - fille
  - fils marié
    - un fils mort à 19 ans de méningite
  - Louis C.. (1888-1901) ivrogne, hallucinations de la vue, épouse Marguerite B.. (1838) égoïste, de 12 à 18 ans hallucinations impératives.
    - Marie C.... intelligente, hystérique sans crise, morte à 42 ans, d'ulcères à la tête et aux parties génitales.
      - Une fille bien portante
    - Lucie C.... 45 ans, moins intelligente, nerveuse, obsédée, anxieuse, phobique.
      - Un fils
      - Une fille
    - Isidore C... 41, ans, très violent, menaces d'homicide, célibataire.
    - Antoine C... notre malade.

un ensemble de préoccupations religieuses qui portent le malade à étudier la métaphysique.

Après une année passée très péniblement à la recherche de leçons particulières, Antoine C... entre comme répétiteur suppléant au collège Sainte-Barbe, à Paris; et là, toujours préoccupé par des questions de philosophie religieuse, il se décide à poursuivre la licence en philosophie. Il suit les cours d'Egger, de Séailles, de Boutroux à la Sorbonne, ceux de Ribot au Collège de France, et plus particulièrement ceux de l'abbé Pyat, à l'Institut catholique. Mais aucune des théories qui sont émises devant lui ne le satisfait entièrement, et il en est arrivé à une manière d'éclectisme bizarre, où l'on voit se côtoyer une psychologie d'un positivisme outré, avec une morale fondée sur le libre arbitre et surtout avec une métaphysique spiritualiste.

Pourtant cette métaphysique, il ne la conserve encore, et même. est-ce sans nul examen, que comme le moyen provisoire de croire toujours pour un peu à quelque chose, et, concentrant ses efforts sur l'étude de la psychologie, il arrive à concevoir une doctrine sensualiste avec annotation numérique des sensations; puis, après avoir établi la critique des éléments de psychophysique de Fechner, il finit par réduire la philosophie à une arithmétique où le calcul des probabilités tend à devenir un calcul de certitude, avec, comme critérium, l'observation interne.

Or, à côté de cette théorie qui tend tout uniment à remplacer un positivisme par un autre, la métaphysique que nous voyons subsister est une métaphysique pratique, c'est-à-dire une pure religion caractérisée par un ultramontanisme exagéré : le respect de la religion, des ancêtres, allié à la soumission au pape. L'intérêt des peuples de race latine est d'augmenter la puissance papale ; c'est pour avoir fait échec à l'autorité de Léon XIII que l'Italie a été vaincue par Ménélick, l'Espagne par Cuba ; c'est pour la même raison que la France a dû reculer à Fashoda. Le gallicanisme, dit C..., est donc une mauvaise spéculation.

Quant aux moyens de concilier sa doctrine psychologique avec sa croyance au libre arbitre, le malade dit n'avoir pas encore eu le temps de s'en préoccuper. « Je fais de la philosophie, dit-il, parce que chez moi toute idée incomplète s'accompagne d'une impression pénible. »

Quoi qu'il en soit, le malade nous dit qu'en 1896 et 1897, s'est opérée une véritable « dissolution » de son esprit ; mais il ne s'est aperçu de cette « dissolution » que longtemps après qu'elle eut été achevée, c'est-à-dire, au début de la maladie, lorsque, afin de se rendre compte de la signification des phénomènes qui se passaient en lui, il fit une enquête sur son passé : cette dissolution fut caractérisée par ce fait que se posèrent successivement

en son esprit les grands problèmes concernant d'abord les idées de temps, puis les idées d'espace, enfin les idées d'infini.

Notre malade a quitté le collège Sainte-Barbe à la fin de l'année scolaire, en 1895, et a partir de cette époque, vit en donnant des leçons particulières. Au cours de l'été 1899, nous le trouvons occupé d'un préceptorat chez la comtesse V... et c'est à cette époque que paraît débuter le délire plus net qui constitue le point convergent de cette observation. Il se trouve là, vivant à la campagne, presque seul avec une femme intelligente, belle, enveloppante, qui s'intéresse à lui, lui marque de la confiance ; il finit par éprouver pour elle des sentiments qu'il dit purement psychiques, qui font qu'il sent ne pouvoir vivre que près d'elle, qu'il aime tout ce qui la touche, tout ce qui vient d'elle. Il sait qu'il doit la quitter bientôt, mais se console en pensant qu'il la retrouvera à Paris.

En effet, le préceptorat est terminé, Antoine C... rentre à Paris, chargé par la comtesse V... de commander des cartes de visite à M. Morateur, 17, boulevard des Italiens. Il cherche vainement le n° 17 ; pendant qu'il cherche, un passant lui demande du feu, il lui en donne, et le passant dit alors gravement : « Le feu est pris. » A la place que devrait occuper le n° 17, il trouve l'hôtel du Crédit Lyonnais et pense immédiatement que la comtesse s'est moquée de lui ; de Morateur, il fait MORT A TEL, il se souvient d'avoir éprouvé une commotion cérébrale lorsqu'il donna du feu, le passant a dû lui envoyer un fluide; quant au nombre 17, c'est certainement un chiffre fatidique et maçonnique.

Le malade entre dans un café, cherche « Morateur » dans le *Bottin*, voit signalé à ce nom-là un emballeur et aussitôt il rapproche emballeur de fabricant de cercueils.

Il écrit alors à M. Anatole France, pour lui signaler son cas, et pour le prier d'attirer sur lui l'attention du public ; puis il va à l'Observatoire informer un sien cousin, qui occupe là une haute situation ; celui-ci, se rendant sans doute compte du mauvais état de santé de son parent, lui conseille d'aller voir sa mère, de passer quelque temps auprès d'elle. Le malade interprète ces conseils dans le sens d'une fin de non-recevoir, d'une mauvaise disposition envers lui et il conclut que les francs-maçons, par l'intermédiaire de son cousin, veulent se débarrasser de lui en l'envoyant à la campagne.

En même temps, tout, autour de lui, revêt un caractère bizarre, anormal, fâcheux : au restaurant, à la taverne Médicis, tous font le vide autour de lui ; mais si, seul, un étudiant en médecine qu'il connaît un peu, lui marque quelque intérêt, il interprète ce seul geste amical comme une tentative d'espionnage au profit du groupe qui le persécute. De même, lorsqu'il va à la Sorbonne solliciter une gratuité d'inscriptions, les nécessités administratives

coutumières dont on lui parle, et les nombreuses démarches auxquelles il se voit soumis, sont autant de tracasseries dirigées contre lui d'une manière toute spéciale.

Il se décide à quitter Paris pour aller chez lui, pensant « qu'il vaut mieux partir de gré que de force ». Tous les incidents de ce voyage ont pour point de mire sa personnalité : comme ces trois femmes qui occupent le même wagon que lui et toussent périodiquement en parlant de quelqu'un qui est poitrinaire ; il lui semble même à un moment entendre armer un revolver. Vers Orléans, une des femmes le regarde en grinçant des dents et elle cherche quelque chose dans son sac ; un autre individu dans le compartiment en fait autant ; le malade voit là autant de menaces. Peu après, il aperçoit dans les vitres des images de couteaux dont la longueur varie suivant qu'il baisse ou relève la tête.

Vers Limoges, montent des paysans avec un boucher qui porte un gros couteau, et Antoine C... entend une femme qui vient de monter dire en patois: « Il a tué sa mère. » Plus loin, une voix chuchotée lui dit : « Tu me trouves bien laid. » A Cahors, quatre soldats prennent les quatre coins du compartiment ; cela le rassure, d'autant que cela lui permet de ne plus entendre une lame vibrer dans la portière et qui était peut-être un microphone.

Enfin, le malade descend à Toulouse, éprouve immédiatement une constriction thoracique comme s'il était « enveloppé par un ellipsoïde allongé » et telle qu'il est contraint de s'arrêter dans un café. Il écrit là deux lettres, mais avec peine, ému qu'il est par tout ce qui vient de se passer, il souffrait violemment à la tête. Il demande des journaux illustrés, lit dans l'un d'eux une histoire de chasse, dont il ne saisit pas le sens. Il se met alors en colère, sort, et immédiatement il aperçoit devant lui pendant quelques secondes une boule rouge en feu et s'écrie : « N... de D..., c'est moi qui serai l'apôtre de la vérité ! » Peu à peu, durant la marche, la constriction thoracique diminue, le malade va prendre de la bière et se couche.

Il passe quelques jours chez lui ; son état semble s'améliorer, du moins, le délire est moins actif ; mais C... cherche à coordonner les divers éléments de son malaise. Il arrive à se convaincre que tous ces ennuis lui sont suscités par la maçonnerie ; un certain nombre de maisons de son village portent gravée l'année de leur construction ; en arrangeant les chiffres, il parvient à obtenir des nombres maçonniques et quelques dates sont des dates marquantes de cette société. Il y a pourtant quelques éléments nouveaux : ses parents lui reprochent de ne rien faire, semblent ne pas désirer le garder, sa mère d'ailleurs ne l'aime pas. Il retourne à Paris.

Toutes ces manifestations ont été, après coordination, interpré-

tées par le malade dans le sens suivant : on voulait l'amener à tuer sa mère et il l'explique ou du moins tente de l'expliquer dans un écrit que nous transcrivons ici et qu'il intitule :

Comment on prépare un « matricide ».

« Voici un épisode du délire dont je vous ai parlé. On peut y voir comment une suite de circonstances, -- qui heureusement a été déviée — devait fatalement me conduire à tuer ma mère.

« Je n'ai jamais pu aimer ma mère ; le sentiment qui relie l'enfant à la mère est absent de ma personnalité ; cette lacune s'explique d'ailleurs facilement. Néanmoins, à défaut de ce sentiment naturel, j'ai toujours professé pour elle le plus grand respect.

« Voici une série de faits :

« 1° Sans raisons plausibles, M. G. F.. me retient à dîner chez elle, rue du Faubourg-Saint-Honoré (avril-juillet 1899) deux fois par semaine. Elle me parle une fois de ma famille, « de *ma mère*, de *ma pauvre mère* » ; ses questions me paraissent indiscrètes.

« 2° A X..., dans l'intimité de la comtesse V...,je viens à parler de ma famille et elle aussi me parle de ma famille, un matin après le petit déjeuner (octobre 1899).

« Le 6 novembre, partant pour Paris, elle m'accompagne jusqu'à La Fère, en voiture. Passant devant le cimetière du village, elle laissa tomber ces paroles émues : « Si *ma mère nous voyait.* »

« 3° Quand le « feu est pris », c'est-à-dire quand le délire est bien commencé,je déjeune chez Mme G. F..., elle achève la solde de mon salaire. Elle me conseille de revenir à la campagne et d'aller revoir « *ma pauvre mère* ». (Dernier samedi de novembre 1899.)

« 3° *bis.* L'après-midi de cette visite, le garçon de café, à la Taverne Médicis, me dit aussi de « partir chez moi à la campagne ». Un honnête échanson doublé d'un mentor.

« 4° Le lendemain, avant mon départ de Paris pour Toulouse, convaincu qu'on va me tuer dans le train, je vais voir M. B. à l'Observatoire ; au moins, si je suis tué dans le train, pensai-je en moi-même, quelqu'un de ma famille le saura. Il me reçoit d'une façon assez vague, me dit qu'il faut prendre une résolution définitive. attendu que je lui parlais de rentrer dans une Trappe. Il me conseille d'aller chez moi ; j'aurai, me dit-il, le plaisir de vous voir pendant les vacances. Je le vois montant l'escalier de l'Observatoire. — à la fin — me parler de *ma mère*, *comment elle allait*, en insistant sur ce point.

« 5° A Limoges, une paysanne avec un grand panier rempli de je ne sais trop quoi, monte dans le train, se met à côté de moi et dit à haute voix : « Il a tait sa mai. » Je suis convaincu que

ma mère est morte et que mon absence à Paris en est la cause. (Dernier dimanche de novembre 1899.)

« 6° Le lendemain, lundi à midi, je déjeune chez Mme C... à Toulouse. Entre autres choses, elle me parle de *ma pauvre mère*, me conseille de me retirer à la campagne et d'y apprendre *l'esprit de famille*.

« Ces sept causeries sont autant de conseils, — mieux, autant d'images auditives logiques — tendant à me faire aller dans ma famille ; leur action doit être d'autant plus grande sans doute que je suis en plein délire.

« Un sentiment, encore assez vague, confus, m'arrête cependant et neutralise l'action de ces conseils. »

Le malade étant rentré à Paris, son délire reprend une marche plus active, grâce à des éléments nouveaux dans lesquels il est difficile de faire le départ entre ce qui appartient aux hallucinations pures et ce qui appartient au délire de rêve. Nous pencherions beaucoup plus vers cette dernière interprétation eu égard à la complexité des phénomènes et aux excès alcooliques du malade.

Par exemple cette « suite remarquable d'hallucinations que je présentai étant couché et en état de veille », dit le malade :

En octobre 1899, il a connu chez la comtesse V... une jeune protestante austère, puritaine, s'occupant de spiritisme et de théosophie ; il a touché avec elle quelques points de métaphysique et elle a cherché à lui faire partager ses convictions sur la possibilité de la lévitation. A ce fait se rattacherait la première série d'hallucinations : la jeune protestante vient lui reparler encore de la lévitation ; la conversation dure *six heures*, au bout desquelles la jeune fille lui dit : « Voulez-vous faire l'amour avec moi ? » Il lui répond qu'il ne l'aime pas, qu'il n'aime que la comtesse, ce à quoi il lui est répondu que la comtesse n'en saura rien. Il accepte et l'hallucination génitale est complète ; rien ne manque, sensations tactiles, visuelles, auditives, etc., etc..

Pour une deuxième série de faits, le malade raconte lui-même : « Le phénomène que M. P. Janet et consorts appellent hallucinations auditives impératives, etc... n'avait pas encore paru au milieu de mes représentations. Il ne se montre que deux ou trois jours après mon retour à Paris.

« Là j'habite rue Cujas...

« Dans le courant des images, celle de ma mère reparaît associée à un sentiment de haine horrible ; je vois rapidement tout ce qu'elle m'a fait souffrir dans ma vie. Furieux, je l'éventre, je lui enlève ses parties sexuelles et je les jette à des chiens. C'est horrible, et à la fin de ce crime, je n'ai qu'un mot à dire : « Une leçon pour les mères qui n'aiment pas leurs enfants ». Et j'étais

conscient de la légitimité de mon acte commis au nom de la justice ».

Nous notons ensuite au cours du mois de décembre 1899 deux tentatives de suicide : absorption de 1/2 litre de liqueur de Van Swieten mélangé à 1/2 litre de rhum, d'où résultent des vomissements glaireux suivis d'un sommeil profond ; quelques jours après, ingestion d'un crayon de nitrate d'argent. Enfin, au cours d'une hallucination auditive, il lui est ordonné de se jeter par la fenêtre, injonction à laquelle il sait parfaitement résister : « Ce qui m'a sauvé,« dit-il aujourd'hui, « c'est de n'avoir pas cru à la lévitation. » Car il ajoute que si la jeune protestante a tâché de le convaincre c'était assurément pour préparer cette précipitation.

Dès lors, le malade est véritablement assiégé par les hallucinations ; un soir, au café, tout le monde l'insultait, il se plaint au garçon qui lui conseille de sortir. Cette situation lui devient intolérable et il cherche à se faire arrêter. Il raconte qu'un soir les yeux égarés il quitte sa chambre, un poignard *haut dans la main* ; il aurait pu ainsi descendre le boulevard Saint-Michel sans réussir à se faire arrêter.

Enfin Antoine C... prend le parti de se rendre à la Sûreté où il déclare qu'en 1887, étant étudiant à Toulouse, il s'est livré à des attouchements obscènes sur une mineure. Il est bien vite placé à l'infirmerie spéciale du dépôt, puis de là dirigé sur l'asile Sainte-Anne où il reste interné du 22 janvier au 26 mai 1900. Sur sa demande il est évacué sur l'asile public du Gers, son département d'origine d'où il parvient à sortir au bout d'un mois. Revenu à Paris et ne trouvant pas d'emploi, il se retire chez lui à la campagne, demande une place de maître répétiteur, est nommé au collège de Boulogne-sur-Mer. Il quitte son poste après un jour et ne trouvant toujours aucun emploi il revient dans sa famille.

Puis, obéissant à un besoin incessant de mouvement, il part pour Toulouse à pied, sans un sou, et arrive le 13 avril 1901 ; arrêté pour grivèlerie, il est condamné à un jour de prison après dix-sept jours de prévention. Un ami charitable lui offre une pension dans un restaurant et une chambre : il accepte la pension, refuse la chambre préférant coucher sur les bancs et il passe ses journées et ses soirées à marcher.

C'est à ce moment qu'il se présente à la consultation, chaussé d'espadrilles, mais au demeurant assez propre ; il nous raconte que quand son linge était sale il le lavait la nuit aux bornes fontaines.

Le malade est en bonne santé physique, il est grand, bien proportionné, sans signe notable de dégénérescence ; il y a du strabisme unilatéral, l'œil est névropathique ; nous notons de l'hyperexcitabilité.

Au moment de l'examen, pas d'hallucinations. « C'est parce que je mange » ; dit le malade, « il me suffit de rester deux jours sans manger pour les voir revenir ». Il précise encore que c'est exactement le 1er février 1900 qu'il a opéré la synthèse des éléments de son délire en coordonnant avec ces éléments tous les petits faits qui ont jalonné son existence.

Il est l'instrument des juifs, des francs-maçons, des protestants, de tous ceux, enfin, qui sont opposés au pouvoir temporel du pape. Ce sont les juifs qui ont commencé, mais, en ce moment, il est surtout sous la domination des francs-maçons. A côté des francs-maçons initiés, il y a des « francs-maçons de robe courte », instruments conscients ou inconscients des premiers. Tout ce monde occulte a pour mission de préparer des consciences à très longue distance et à très longue échéance. C'est ainsi qu'Antoine C... a été préparé, enveloppé par sa filiation, même parce qu'on savait et qu'on sait qu'il serait et qu'il est catholique ultramontain.

Le 25 juin 1901, le malade nous est enlevé et conduit dans un asile ; ceci est loin de faire son affaire : « Je croyais pouvoir m'attendre à un meilleur accueil dans une ville où je pensais la solidarité mieux organisée.... La psychologie me causa, à Paris, de vifs déboires ; à Toulouse, elle ne m'a guère mieux réussi. La psychologie est une spéculation dangereuse. C'est un art qui, chez nous, peut engendrer de graves ennuis pour ceux qui n'ont ni les lumières, ni les capacités officielles (paraît-il) requises pour ce travail. Il y a des gens qui sont trop curieux, me disaient, à Paris, quelques personnes bien sensées.... Chez nous, on n'aime guère les gens qui observent ».

Le malade est remis en liberté le 15 juillet, non guéri d'ailleurs ; sur les conseils qu'on lui donne, il rentre chez lui. Nous le perdons de vue.

Près d'un an après, nous lui écrivons chez lui et il répond à notre questionnaire par une longue lettre, datée de fin mai 1902. Il n'a point quitté son village où, au moment de son arrivée, il apprit la mort de son père : « Jamais je ne crois avoir atteint ce degré de tristesse dans ma vie et un fait remarquable c'est que *mon délire ne tarda pas ensuite à décliner et à diminuer*. Quand je dis délire, je ne sais si j'emploie ce mot à contre-sens : j'entends, par là, un état d'irritabilité excessive, caractérisé par des images très conscientes et se déroulant avec une grande vitesse, et accompagné d'impulsions spontanées à des actes très divers. Ce qui avait prévalu dans le mien, c'était les mots organisés en parole intérieure ».

« Bientôt, dis-je, le délire diminue, je n'ai plus envie de marcher, de me promener comme auparavant ; mes sensations actuelles n'offrent plus rien d'agréable et de sollicitant, les images

visuelles intérieures s'obscurcissent et ma parole intérieure diminue d'intensité, de hauteur, se fragmente et n'apparaît que de temps en temps. J'ai la bonne idée d'étudier deux mois consécutifs, six heures par jour au moins, au grec et au latin ; cette foule de mots nouveaux que je prononce affaiblit beaucoup les liaisons de mots que le délire avait amenées et, au bout de deux mois, je n'ai quasi plus de trouble intérieur de parole. Nous voici au mois d'octobre ».

« Notez que je ne me sentais pas une grande vigueur et que j'appréhendais de retomber dans ce délire d'où je sortais peu à peu ».

« Au fond, voyez-vous, c'est durant six mois une *période de mélancolie*, une longue *dépression* suivant un délire de deux ans et faisant contraste avec lui. A cette époque, plus de cycles conscients rapides, c'est plutôt toute la sensibilité générale qui, ici, est intéressée ; on éprouve une *sensation vague et non localisée de malaise, d'indifférence, d'apathie* et une tendance marquée vers *l'aboulie*, comme conséquence.

« Cependant, nous voici déjà à la fin de mai et tout cela est bien passé ; ...Ainsi donc, je me trouve avoir reconquis une santé relative après trois ans d'une maladie bien accusée.

« Vous me demandez encore : « Êtes-vous toujours tracassé par vos ennemis et avez vous pu reprendre votre vie normale ? » — Ce serait un mensonge de vous dire que l'on ne me laisse pas bien tranquille, amis comme ennemis, si toutefois j'en ai ; trop tranquille même, car je semble indifférent à tout le monde. Au vrai, *il me semble* bien qu'au mois de novembre 1899, il y eut autour de ma personne une *mystification* qui me surprit tellement que j'en devins malade ; mais je dois ajouter que la plupart de ceux qui y participaient et que j'ai revus, m'ont, depuis, *parlé comme auparavant*, Et, de cette farce, je n'en ai jamais compris ni le sens, ni le motif, ni le but ; il y a fort longtemps que je n'y pense plus.

« Depuis ce temps reculé, je n'ai rien constaté d'anormal, sinon que très peu de personnes me témoignent de l'intérêt ; tout se passe comme si j'étais devenu étranger pour quelques-uns qui, pourtant, m'ont très bien connu... » — Depuis cette époque, nous avons perdu le malade complètement de vue.

En résumé, chez un *héréditaire*, apparition d'un délire dont le point de départ et la trame sont constitués par une série d'*interprétations erronées*, et, d'une manière erratique, existence *d'hallucinations* de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale.

Ces hallucinations appartiennent-elles au délire par

fausses interprétations, en font-elles partie intégrante ou bien constituent-elles simplement des éléments surajoutés ? A cela nous pouvons répondre nettement qu'en effet ces hallucinations ne font pas partie du délire par fausses interprétations et qu'elles sont des éléments surajoutés.

En effet, pour ce qui est d'abord des hallucinations de l'ouïe, le malade a pris soin de nous renseigner lui-même en nous disant qu'elles ne se montrent que tout autant qu'il y a inanition ; lorsque le malade se nourrit bien, elles disparaissent complètement, elles appartiennent donc à la misère physiologique.

Pour les hallucinations de la vue, nous sommes en possession d'un autre élément d'information, puisque nous savons que le malade commet ou a commis des excès alcooliques et nous les voyons survenir avec des caractères qui ne laissent aucun doute sur leur nature onirique : le complexus hallucinatoire de décembre 1899, dans lequel d'ailleurs tous les sens entrent en jeu, constitue très nettement un délire de rêve, en admettant même, ce qui n'est pas très net, que le malade ait été bien réellement, comme il l'a dit, en état de veille. Peu après, la scène d'éventrement présente des caractères analogues : une remarque du malade montre qu'elle dut très probablement s'accompagner d'angoisse et nous n'hésitons pas non plus à mettre cette scène terrifiante sur le compte de l'intoxication. Bien plus, à cette époque de décembre 1899 où ces hallucinations de la vue se produisent, tout se termine par un fait que depuis Lasègue, on considère comme souvent pathognomonique de l'alcoolisme, par une auto-accusation; cette accusation était peut être fondée, il aurait pu tout aussi bien s'accuser d'avoir tué et éventré sa mère, mais il a conscience que ceci n'existe qu'en rêve ; il est alors obligé de rechercher dans son passé, de s'accuser d'un fait peut être réel, mais dans tous les cas couvert par la prescription, ce que certainement le malade n'est pas sans ignorer.

Et puis ces hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, dont le malade dit, lui-même, qu'elles sont des hallucinations, n'apportent aucun élément nouveau à son délire, elles n'aident en aucune manière à la

systématisation ; elles surviennent, comme par hasard, lorsque le délire est déjà constitué et de même elles disparaissent sans déterminer l'apparition d'un état nouveau.

Il ne nous reste donc plus, en dehors d'elles, qu'un déliré basé sur des interprétations erronées dont la systématisation vague, enfantine, malgré tous les raisonnements spécieux sur lesquels elle s'appuie, porte l'empreinte de la débilité mentale. Il est inutile de revenir sur les psychoses à base d'interprétation délirante à l'étude desquelles MM. Sérieux et Capgras ont apporté récemment leur contribution dans une communication à la Société médico-psychologique, où l'on trouvera la bibliographie essentielle de cette question (séance du 24 février 1902, in *Annales médico-psychologiques*, n° de mai-juin 1902, p. 441.)

La débilité mentale chez notre malade est l'aboutissant de tares échelonnées le long de quatre générations au moins et qui rejaillissent sur un être dont les conditions sociales ont fait un terrain merveilleusement propre à l'éclosion de la folie.

Ce malade est, en effet, un déraciné, fils de paysans qui, pour avoir voulu pousser leur enfant, ont simplement réussi à faire de lui un raté, un déclassé, un instable, en raison de son peu d'aptitude à comprendre que le diplôme crée plus de devoirs qu'il ne donne de droits. Nous le voyons, dès le début de sa vie d'étudiant, se plier difficilement à sa tâche, perdre les avantages d'une bourse qui lui donnerait la faculté d'aller plus loin, à moins qu'il n'en ait été décidément incapable, puis en arriver à cette situation qui le plus souvent n'est que celle des vagabonds intellectuels, de préceptorat en préceptorat dans une sujétion où il y a tout à gagner ou tout à perdre et qu'il semble n'accueillir qu'en raison de la liberté factice qu'elle paraît lui procurer.

Cette dernière élévation au-dessus de son milieu originel lui fait perdre d'ailleurs le sens des réalités : sous son expression coutumière : « Mes parents ne me comprennent pas et ne peuvent me comprendre », on voit poindre tous l'égoïsme d'un mépris pour les siens ; il les voit trop grossiers, et ne se considère point comme étant

né pour cultiver la terre, alors qu'en réalité il n'a peut être déliré que parce qu'il a été arraché au seul milieu dans lequel il pouvait vivre.

Un des points, encore qui rendent le malade intéressant, c'est qu'il est de ceux qui peuvent faire illusion et qui font d'autant plus illusion qu'ils sont plus instruits; leurs conceptions délirantes ne sont en effet qu'invraisemblables et l'on conçoit parfaitement avec quelle facilité elles peuvent être accréditées dans un milieu peu averti et dans lequel n'existent pas les barrières salutaires du scepticisme. C'est de cette façon que certains de ces malades trouvent des défenseurs, avocats de leur délire, dont le seul défaut est de s'être mal renseignés; et si, d'autre part, le milieu renferme des dégénérés aptes à délirer, on voit combien facilement peut éclore le délire à deux.

Il est probable que chez notre malade, la volonté de vivre a fait que chacun des petits empêchements et des échecs rencontrés a acquis une valeur exagérée au point de s'élever à la hauteur d'une obsession et que cette obession a favorisé les erreurs de jugement.

Pour en revenir aux psychoses à base de fausses interprétations, nous estimons, après tant d'autres, qu'il est insuffisant de dire que, dans les délires systématisés de la dégénérescence, il peut y avoir ou ne pas y avoir des hallucinations, parce qu'il ne paraît pas logique de confondre ces deux formes.

Nous ne pensons pas qu'il soit indifférent de savoir si oui ou non existent des hallucinations chez un aliéné, parce qu'il nous apparaît que les hallucinations paraissent être l'indice profond d'une altération sinon anatomique, du moins fonctionnelle si tant est que ces deux qualifications ne sont pas synonymes. De même qu'en pathologie générale la position de moindre résistance n'implique pas, au cas d'adultération, l'application d'une maladie toujours identique, de même, en matière de psychiatrie, la dégénérescence héréditaire ou acquise, qui est la formule par laquelle nous traduisons notre façon d'envisager l'abâtardissement originaire du cerveau, ne doit pas faire préjuger d'une réaction unique ou identique.

L'adultération est peut-être beaucoup plus grave lors-

que viennent se greffer des hallucinations, mais leur absence nous semble indiquer, lorsqu'il y a du délire, une prédisposition beaucoup plus grave; parce que si l'halluciné a tous les droits de bâtir des conceptions délirantes, il nous paraît que celui qui ne l'est pas en a beaucoup moins: il bâtit ses conceptions avec les éléments bizarres et erronés qu'il tire de sa conception du monde, il est à la merci des causes extérieures les plus minimes, en raison du quantum considérable de choses qu'il ne comprend pas ou qu'il comprend mal.

RECUEIL DE FAITS

Athétose double. — Mort au cours de variole. — Autopsie. — Syphilis héréditaire probable;

Par le Dr J. CRESPIN,
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine d'Alger.

Hor. Marie, espagnole, âgée de 7 ans, entre dans mon service de contagieux pour variole discrète, le 14 janvier 1905.

Antécédents héréditaires.— Fille d'Espagnols, ne présentant aucun trouble de la santé ou de l'intelligence, et professant le métier de jardinier. La mère a toujours été délicate, fut soignée pour de l'anémie, mais n'a jamais eu de maladie grave. Le père est un solide gaillard, qui nie avoir eu dans son existence une indisposition quelconque ; il dit n'avoir jamais contracté la syphilis, et il ne présente aucun stigmate de cette maladie. Il ne s'adonne pas à l'alcool. D'après eux, leurs parents ont toujours été bien portants.

Notre malade est l'aînée de quatre enfants. Elle naquit après 10 mois de mariage, sans que la grossesse de la mère ait été signalée par un fait particulier. Entre cette enfant et la suivante se placent deux fausses-couches. Deux ans après la naissance de notre malade, seconde fille âgée aujourd'hui de cinq ans, très bien portante et développée comme un enfant de son âge, au point de vue mental comme au point de vue physique.

Le troisième enfant est également une fille. qui a trois ans et est fort bien portante. Le quatrième enfant fut aussi une fille, qui s'éleva normalement jusqu'à 22 mois. A cette époque (il y a deux mois) elle succomba à une broncho-pneumonie.

Historique de l'affection de Hor., Marie.— Cette enfant vint au monde recouverte de membranes verdâtres, toute enveloppée (amnios peut-être). Mais à part ce détail, rien ne frappa la mère ou l'entourage. L'enfant venue à terme était normalement constituée. Au bout de trois mois, la mère s'aperçut que la petite fille avait de la difficulté à têter et à déglutir ; que de plus, elle était agitée de petits tremblements des membres, surtout du côté droit. Ces symptômes s'accentuèrent légèrement : la face se prit et devint le siège de grimaces continuelles, marquées également davantage du côté droit. La mère s'aperçut aussi que l'enfant était raide. Cette raideur rendait difficile l'habillage.

Le développement physique s'accomplissait assez bien. La dentition, un peu tardive, dit la mère sans pouvoir préciser, ne présenta rien d'anormal. Les membres s'allongaient ; mais la marche n'était pas possible ni même la station debout, les tremblements constituant un obstacle insurmontable.

L'enfant ne put jamais articuler un mot. Elle criait très souvent quand il lui manquait ce dont elle avait besoin ; mais on ne put l'apprendre à parler. Elle avalait difficilement, ne pouvait se servir de ses mains pour porter les aliments à la bouche. Elle fut toujours gâteuse, ne sachant exprimer ses besoins, mais criant très fort quand elle était souillée d'urines ou de matières fécales.

Quant aux mouvements, ils s'accentuèrent d'abord jusqu'à l'âge de deux ans, puis s'atténuèrent un peu et enfin restèrent stationnaires. C'étaient des mouvements vifs, mais affectant une certaine raideur, qui a frappé tout le monde. Ils furent toujours plus marqués du côté droit que du côté gauche, et s'arrêtaient à peu près complètement sous l'influence du sommeil.

L'intelligence était très obtuse. La fillette avait cependant l'air de s'intéresser aux personnes de sa famille qui ne la quittent pas. Elle menait une existence végétative, assise dans une chaise spéciale ou au milieu d'un grand lit.

A l'âge de trois ans, l'enfant fut atteinte pendant trois semaines d'une maladie que l'on étiqueta méningite et sur laquelle on ne peut se procurer de renseignement. A partir de cette époque, apparurent des crises convulsives se produisant assez irrégulièrement, environ tous les quinze jours, crises caractérisées par une syncope, des contractures de la face et des membres, de l'écume aux lèvres, le tout d'une durée de quelques minutes seulement.

Etat actuel. — Il y a six jours environ, la fillette a été prise d'une fièvre violente, avec vomissements, et au bout de 48 heures, une éruption fit reconnaître la variole. Celle-ci était caractérisée par des boutons en petit nombre siégeant sur la face et les membres, le tronc étant à peu près intact. Il s'agissait d'une variole discrète, les boutons étant en voie de suppuration lors de l'entrée à l'hôpital.

L'affection nerveuse de l'enfant étant de suite reconnue, en dépit du caractère discret de l'éruption, en dépit du degré peu élevé de la température (38°), le pronostic devenait très sombre.

En effet, la mort survenait en trois jours, après l'entrée à l'hôpital. Pendant ces trois jours, l'enfant poussa des cris continuellement, et il fut impossible de l'alimenter. Quand on approchait de sa bouche une cuiller de lait, les dents se refermaient violemment, et ne pouvaient être écartées qu'avec les plus grands efforts. Le lait était d'ailleurs rejeté par les mouvements désordonnés de la langue.

L'enfant était normalement conformée. On ne trouvait aucun stigmate de dégénérescence ou de syphilis héréditaire. Voici la description des mouvements et des attitudes :

Face. — Toute la face est agitée presque continuellement, et les mouvements simulent tour à tour les pleurs ou les rires, ou d'autres expressions plus complexes. Le côté droit est un peu plus agité que le côté gauche, sur lequel l'enfant a des tendances à se coucher. Les yeux sont tournés en haut et en dehors, et ne subissent que de faibles oscillations. Il en est de même des paupières, qui sont la plupart du temps immobiles. La langue, par contre, est agitée de secousses incessantes et variées. Elle se précipite hors la bouche, se heurte aux arcades dentaires, se recourbe en haut, en bas, de côté ; tout cela avec une grande rapidité.

Membres supérieurs. — Les mouvements s'exécutent des deux côtés, mais sont beaucoup plus marqués à droite. Il y a alternativement flexion et extension des doigts, d'où résultent la fermeture et l'ouverture alternatives de la main. A ces mouvements de flexion et d'extension s'associent l'adduction et l'abduction des doigts. Le poignet se meut dans tous les sens, mais s'incline particulièrement du côté cubital, et au repos reste en flexion forcée sur l'avant-bras, ce qui constitue une déformation très accentuée à droite. Il y a par instants des mouvements de l'avant-bras et du bras, avec élévation des épaules : mais ces mouvements sont peu intenses. Le caractère des mouvements décrits, c'est d'être assez vifs, mais aussi de s'effectuer avec une certaine raideur.

Membres inférieurs. — Ce sont les extrémités qui sont le plus atteintes, comme aux membres supérieurs. On constate la flexion et l'extension des orteils, mais avec plus de lenteur qu'aux membres supérieurs. L'on soulève l'enfant, on voit que le pied est pendant, le dos étant presque dans la même ligne que la crête tibiale. Les doigts exécutent des mouvements lents, moins vifs qu'aux membres supérieurs, et l'articulation tibio-tarsienne ne reste pas inactive : il y a tantôt de la circumduction du pied, tantôt de l'inclinaison du pied sur le bord externe ou interne. Comme pour les membres supérieurs, c'est le pied droit qui est le plus agité.

Réflexes. — Ils ont été difficiles à rechercher, en raison de l'état de spasme de tout le corps : les réflexes rotuliens étaient un peu exagérés. Il n'y avait pas le phénomène du pied. Un examen plus approfondi n'a pas été possible, parce que l'enfant a été pour ainsi dire en agonie pendant tout son séjour à l'hôpital, et parce que la mort survint rapidement, au bout du troisième jour d'hospitalisation.

Autopsie. — On ne note pas de déformation à la surface du corps. Il n'y a pas de malformation des dents ou des oreilles ; la voûte palatine est normale, nullement en ogive. Il n'y a ni genu valgum, ni genu varum. Le thymus a disparu. On n'en trouve aucun vertige. Les poumons sont congestionnés, ce qui est dû à la maladie intercurrente. Le cœur est normalement développé. Ses cavités sont cloisonnées, sans anomalie.

Le foie est gros, mais ne contient pas de gommes ou autres productions syphilitiques. La rate est normale. Les reins sont très congestionnés ; mais se décortiquent bien. Ils ont l'aspect bien connu du rein infectieux.

Organes encéphaliques. — Le cerveau pèse un kilog. : l'hémisphère droit pèse 503 grammes ; l'hémisphère gauche pèse 497 grammes. Le bulbe et la protubérance pèsent 20 grammes. Le cervelet et l'isthme pèsent 150 grammes. L'hémisphère droit paraît sain.

L'hémisphère gauche présente les lésions suivantes à sa face inférieure : 1° A un centimètre en avant de la scissure de Sylvius, au-dessous du sillon cruciforme, qui apparaît très nettement, on note une surface circulaire d'un centimètre de diamètre environ, dont la coloration jaune foncé tranche sur les parties avoisinantes. Cette surface est légèrement enfoncée ; mais il n'y a pas de cavité à proprement parler et il ne paraît pas y avoir perte de substance. La périphérie, non plus que le centre, ne sont indurés ; mais cette lésion ressemble à une gomme syphilitique de petite dimension et entièrement ramollie.

2° A l'extrémité postérieure du lobe occipital, à un centimètre en dehors du sillon occipito-temporal, dans la première circonvolution occipito-temporale, on trouve encore une surface circulaire jaune foncé, constituant une légère dépression, et dont le diamètre est d'environ un centimètre et demi. Les bords en sont un peu indurés, ce qui fait faire le diagnostic de gomme syphilitique.

Diverses coupes pratiquées dans les hémisphères cérébraux, dans le centre ou l'isthme ne révèlent aucune lésion, et montrent que les lésions ci-dessus décrites ne s'étendent guère qu'à cinq ou six millimètres en profondeur.

Réflexions. — Les cas publiés d'athétose double sont peu

nombreux. En ce qui concerne l'anatomie pathologique, les lésions, discrètes, sont variables et peu précises. Le cas précédent rentre, à n'en pas douter, au point de vue symptomatologique, dans le cadre de cette affection encore imparfaitement connue. Il m'a paru intéressant de le faire connaître pour grossir le dossier de l'athétose, d'autant mieux que l'influence de la syphilis s'y trouve constatée et par les commémoratifs et par les lésions encéphaliques.

Attaque hystéro-épileptique après un embarras gastrique ;

PAR M. LE Dr LOUCAS LEFAS
Ancien interne des hôpitaux d'Athènes.

Sous ce titre d'attaque hystéro-épileptique après un embarras gastrique, je me propose de décrire un cas assez exceptionnel que j'ai eu l'occasion d'observer chez une jeune fille, sans autres causes appréciables, sauf l'embarras gastrique, et qui se caractérisait par des contractions toniques et cloniques, ayant en même temps l'apparence de crises hystériques et épileptiques.

Historique. — La petite fille K. J.., âgée de onze ans, était très bien portante jusqu'alors. Un jour, après avoir déjeuné, elle commença à être mal disposée et à sentir son estomac lourd, ses membres fatigués ; elle fut prise de somnolence, de malaise, avec une courbature générale de lourdeur. Le soir, peu d'appétit et son état général devint de plus en plus grave : la fatigue se généralisait, la respiration était difficile et angoissée, le cœur battait avec force ; tout cela d'une façon vague, sans que la malade puisse préciser ses souffrances, sans savoir le pourquoi, sans même se plaindre sérieusement de son estomac.

Vers 9 heures du même soir, elle commence à s'inquiéter davantage, à sentir son ventre se gonfler, sa respiration plus oppressée, son cœur battant plus fort et avec une intensité pénible : tout d'un coup elle pousse un cri et tombe insensible, inerte, les yeux tournés dans les orbites, avec des spasmes toniques généralisés sur tout le corps, qui ne tardent pas à devenir cloniques.

Cette scène pénible pour elle et ses parents cesse après quelques minutes subitement, pour recommencer à plusieurs reprises et à des intervalles de plus en plus courts. C'est dans cet état

qu'un de mes confrères et moi avons trouvé la malade. Elle se débattait dans des crises sur son lit et les personnes environnantes lui prodiguaient des soins en lui frottant les membres et le corps ; la crise cesse brusquement, et la malade se réveille encore tout oppressée, nous parle et se plaint de son estomac, qui lui semble bien gros et lourd. En même temps, on nous dit que le matin, étant bien portante, elle avait absorbé une grande quantité de macaroni, son plat préféré, et qu'en outre, elle avait l'habitude de manger beaucoup. Notons que c'est la première fois que la malade prend de telles crises nerveuses, que sa mère est *hystérique* et qu'elle avait plusieurs fois assisté aux crises de sa mère.

Diagnostic. — Je crus qu'il s'agissait très probablement d'un embarras gastrique et je lui prescrivis un émétique drastique, tandis que mon confrère était d'avis qu'il s'agissait de l'épilepsie essentielle.

Les crises se répétèrent devant nos yeux plusieurs fois, toujours de la même façon, avec des cris, sans écume dans la bouche, sans morsure de la langue, sans perte d'urine, mais sous la forme d'évanouissement : elle poussait un cri, tombait dans son lit, complètement insensible, et recommençait de nouveau à se débattre.

Très embarrassé par la répétition des crises et parce que la malade ne pouvait rien avaler, je décide de provoquer un vomissement mécaniquement : j'introduisis alors mon doigt dans le pharynx, qui était très sensible et un fort vomissement s'ensuivit. L'estomac se vida d'un seul coup ; les macaronis sortent en abondance, intacts, sans avoir subi aucune altération par l'action du suc gastrique après 10 heures de séjour dans l'estomac.

Tout finit ainsi. Les crises disparaissent d'un seul coup, la respiration devient normale peu à peu, le cœur n'est plus agité ; un fort affaiblissement et une lourdeur dans les membres persistent encore, ce qui amène le sommeil peu de temps après, et la malade s'endormit pour se réveiller le lendemain bien portante. A aucun moment, elle n'a eu de fièvre, ni aucune autre affection ailleurs, sauf une hémianesthésie gauche.

Le lendemain nous trouvâmes l'état de la malade très amélioré, mais nous aperçûmes que les muqueuses de la bouche et de la conjonctive, etc., étaient décolorées, anémiques, chose qui disparaît peu de jours après à l'aide des ferrugineux, ainsi que l'hémianesthesie gauche. Depuis lors, elle est toujours bien portante, il y a de cela bientôt trois ans.

Conclusion.-- **De tout cela résulte qu'il s'agissait de crises nerveuses de forme hystéro-épileptique. Seulement on peut se demander si c'est l'embarras qui a provoqué les**

crises, ou bien si l'état nerveux (par hérédité) de son organisme fit arrêter et suspendit les fonctions de l'estomac par une émotion ou une autre cause quelconque indéterminable et qu'en conséquence la gastrite était consécutive. En outre l'anémie qui s'est présentée est bien difficile à expliquer ; est-ce l'anémie qui a préparé l'embarras gastrique sur un fond très probablement nerveux ?

Nous croyons plutôt qu'il s'agissait d'un nervosisme qui a créé l'embarras gastrique pour se renforcer réciproquement l'un l'autre, et que l'anémie était consécutive à la souffrance d'un vomissement excessivement fort que nous avons provoqué mécaniquement. L'examen du sang que nous avons effectué, en effet, le lendemain de la crise, nous a montré une pauvreté en hémoglobine très marquée (9 °/₀) pour un nombre des globules rouges de 4.600.000 ; mais cette pauvreté en hémoglobine s'améliorait de jour en jour d'une façon régulière et très vite ; quelques jours après tout était normal.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
DE LANGUE FRANÇAISE
(Lille, Août 1906.)

M. le Dr Chocreaux qui a facilité notre tâche nous a adressé la note suivante :

Le Comité d'organisation du prochain congrès s'est réuni le vendredi 3 août, à 6 heures du soir, composé du bureau du Congrès actuel, auquel se sont adjoints les anciens présidents vice-présidents, secrétaires généraux.

L'Assemblée générale a eu lieu le samedi, 4 août, à 11 heures du matin. Il y avait 84 membres présents.

Il a été décidé que le Congrès se tiendrait en Suisse et prendrait le nom de Congrès de Genève et de Lausanne.

Président : Le prof. Prévost (de Genève). — *Secrétaires généraux* : professeurs Berdez (de Lausanne), Long (de Genève).

COMITÉ D'ORGANISATION :

Comité Génevois. — Professeurs: Prévost, Bard, Weber, d'Espine, Flournoy, Martin, Ladame, Claparède, Long.

Comité Vaudois. — Professeurs : Berdel, Bouyet, Mahaim, Forel, Herzen, Deucreville, Witzner, Paschand, Loij, Zbinden, Châtelain (de Neuchâtel), Dubois (de Berne), Serrigny (de Fribourg).

QUESTIONS CHOISIES :

Neurologie : Définition et nature de l'hystérie. — *Rapporteurs* : prof. Claude, de Paris, un doct. suisse N...

Psychiâtrie : Des psychoses périodiques. — *Rapporteur* : prof. Antheaume, de Paris.

Médecine légale : L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. — *Rapporteur* : prof. Gilbert Ballet, de Paris.

Le Congrès décide ensuite de nommer pour le congrès de 1907 un vice-président qui sera de droit président du congrès de 1908. Le vice-président élu est le Dr CULLERRE (de La Roche-sur-Yon), élu au bulletin secret.

Le Congrès adopte ensuite à l'unanimité la proposition de nommer un Comité permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Le Comité permanent se composera de sept membres renouvelables par tiers tous les 2 ans et non rééligibles immédiatement. Ont été élus : Secrétaire-trésorier du Comité permanent : Dr Meige, de Paris. — Membres : Drs Arnaud, Paris ; Raymond, Paris ; Vallon, Paris ; Crocq, Bruxelles ; Giraud, Rouen ; Régis, Bordeaux. Seront adjoints à ce comité : le président, le vice-président, le secrétaire-général du congrès suivant.

Communications diverses.

Les ataxiques, considérés comme atteints de phobie ou d'astasie-abasie, sont, en partie, des cas d'incoordination ou d'anesthésie du tronc méconnus.

M. Maurice FAURE (de La Malou). — Certains tabétiques, qui ne présentent pas les symptômes de la démarche ataxique classique, accusent, néanmoins, une gêne si considérable de la marche et de la station debout, qu'ils refusent de s'aventurer sur les terrains un peu difficiles, dans les escaliers, ou même simplement, sur un sol mouillé, sur un parquet ciré, sur une route un peu obscure, etc. Le plus souvent, il suffit d'un point d'appui brachial pour redonner à ces malades l'assurance qui leur manque : une canne, le bras d'un aide, la tête d'un enfant où ils posent la main même très légèrement, leur permet d'entreprendre un chemin qui leur paraissait impossible. Enfin, le même sujet, qui semble se mouvoir à peu près

sans gêne dans une chambre (dont tous les meubles lui sont connus et lui offrent autant de points d'appui qu'il est assuré de rencontrer (toujours à la même place), paraît frappé d'immobilité complète, lorsqu'il se trouve devant un espace découvert et sans points de repère (tel qu'une place publique), ou dans un salon vaste et inconnu, ou dans une rue dont les passants qui circulent ne peuvent offrir les points d'appui fixes dont il a besoin. — Ces circonstances font, généralement, taxer le tabétique de phobique, d'astasique-abasique, d'agoraphobique, et l'on met sur le compte d'un état névropathique surajouté cette appréhension qui semble injustifiée, parce qu'elle n'apparaît qu'à certains moments, dans certains lieux, et qu'il suffit, pour la faire disparaître, de conditions qui diffèrent fort peu de celles qui l'entretiennent.

Mais si l'on examine ces malades de très près, on constate qu'ils sont atteints d'anesthésie profonde des articulations de la hanche, du tronc, et d'incoordination des muscles spinaux, lombaires, des muscles de la ceinture thoracique, abdominale, pelvienne. Lorsqu'ils sont nus, assis sur un tabouret étroit, sans dossier, on voit leur colonne vertébrale se fléchir ou s'incliner sans qu'ils en aient conscience, leur tronc perdre son équilibre, — et il suffit, parfois, de leur faire lever les yeux et de distraire leur attention, pour qu'ils tombent littéralement de leur siège.

Lorsqu'ils sont debout, ils ont souvent la sensation d'être perdus dans l'espace, et ils ne se rendent pas un compte exact de la position de leur corps. Il s'en suit qu'au lieu de se maintenir en équilibre sur une jambe (ce qui est indispensable pour la marche normale et pour la station debout, qui n'est le plus souvent qu'une attitude hanchée), les oscillations de leur corps, fussent-elles de quelques centimètres seulement, dépassent, sans qu'ils s'en rendent compte et sans qu'ils puissent les corriger, leur base de sustentation et compromettent leur équilibre.

Vient-on à leur fournir un point d'appui brachial, tout change (nous supposons, pour la clarté de la démonstration, que le bras et la jambe ne sont que peu ou point anesthésiques ou incoordonnés). Pris entre la jambe qui offre un point d'appui fixe, et le bras qui, avec des tractions mêmes légères, peut corriger des oscillations du tronc de quelques centimètres (suffisantes pour compromettre l'équilibre debout) — le corps se maintient, à moins qu'il ne soit atteint d'incoordination très considérable, et le malade marche librement (en apparence).

Le tabétique atteint de ces troubles du tronc, ne saurait être comparé, pour la séméiologie, au tabétique atteint de trou-

bles moteurs des membres inférieurs. Ce dernier jette les jambes follement, à droite, à gauche, en avant, et sa marche saccadée et irrégulière attire l'attention des moins prévenus. L'incoordonné du tronc, au contraire, se meut lentement, avec circonspection et régularité. Rien dans son attitude, si ce n'est dans la fixité de son regard, l'intensité de son attention, tendue toute entière vers le maintien de son équilibre compromis, ne traduit son trouble. Les esprits non prévenus ne peuvent deviner pourquoi ce sujet, dont l'attitude est d'apparence à peu près normale, a besoin d'un appui presque constant. L'accentuation brusque des troubles, lorsque cet appui manque, ou en face d'une traversée jugée dangereuse (à bon droit, cependant), achève de rendre la situation incompréhensible. Ce n'est pourtant que l'exagération d'un phénomène normal ! Toute personne, placée tout à coup dans un passage où la conservation de son équilibre lui paraîtra difficile ou dangereuse, peut, si elle est un peu nerveuse, perdre une partie de ses moyens.

L'examen clinique, en révélant l'étendue des anesthésies et des incoordinatious du tronc inaperçues, donne la clef de ces accidents. Il en indique aussi le traitement. Par des exercices méthodiques des muscles du tronc, — par l'entraînement journalier de la sensibilité, du sens des attitudes, on arrive à corriger les troubles du tronc, comme on corrige les troubles moteurs des jambes et des bras, depuis 10 ans. pour les exercices compensatoires indiqués par Frenkel. Dans le cas d'incoordination du tronc, le réapprentissage de la marche, de l'équilibre, de l'ascension, de la descente, est également nécessaire, suivant les techniques que nous avons réglées dans ce but; mais la cure des troubles moteurs du tronc dans le tabès est plus longue et plus difficultueuse que la rééducation des membres inférieurs et supérieurs par les moyens ordinaires.

En dehors de l'intérêt propre à ces faits considérés en eux-mêmes, on en peut tirer les deux enseignements que voici :

1° Trop souvent, on a tendance à considérer la rééducation motrice de l'ataxique comme un exercice de suggestion, dont l'autorité morale du médecin et la bonne volonté du malade feront à peu près tous les frais. Ce sont, certainement, les cas auxquels nous venons de faire allusion qui ont contribué, pour la plus grande part, à faire naître et à développer cette opinion : le malade étant considéré comme un névropathe, un phobique, et n'ayant pas de troubles moteurs apparents, la rééducation n'a semblé être, en ce cas, qu'un moyen d'encourager le patient, de le rassurer, de vaincre son appréhension, etc.

Sans nier que, dans la plupart des cas, le tabétique ne soit un névropathe sur lequel l'influence morale d'un médecin sérieux s'exerce heureusement, — il nous semble certain que cette influence bienfaisante est loin d'être suffisante et qu'elle n'aboutira qu'à des résultats bien incomplets, si elle n'est secondée par une technique rigoureuse et d'une application constante.

Notre deuxième réflexion sera celle-ci :

Trop souvent aussi, on a tendance à considérer les exercices de Rééducation comme une sorte de code de gymnastique, plus ou moins complètement réglé, dont il suffit de conseiller l'application, et qu'un médecin, un masseur, un gymnaste dirigeront ensuite sans difficultés, pour peu qu'ils aient eu quelquefois l'occasion de voir faire des exercices gymnastiques plus ou moins analogues.

Or, quel résultat pourrait bien donner aux malades que nous venons de viser, l'application, fût-elle minutieuse et indéfiniment prolongée, d'exercices des membres inférieurs, ou d'exercice de marche (tels que ceux indiqués par Frenkel, par exemple, dans d'autres cas) et qui n'ont guère pour objet que de régler la position des pieds et des membres inférieurs? Ce sera beaucoup de temps perdu pour un très petit résultat puisque nos malades n'ont que peu ou point de troubles moteurs des membres inférieurs, et que leur instabilité vient seulement de l'anesthésie et de l'incordination des muscles du tronc. — Et quel labeur pour ces malades, s'ils sont soumis à des exercices de marche, d'ascension, d'équilibre, sans point d'appui, avant que leurs muscles du tronc aient été entraînés méthodiquement, individuellement pour ainsi dire, à reprendre leur fonction ! L'effort dépensé ici sera certainement beaucoup trop grand; il risquera d'augmenter les accidents ; — en tout cas, il fatiguera les malades et les découragera, avant qu'ils aient pu obtenir des bénéfices intéressants. — A chaque trouble moteur doit correspondre un exercice spécial qui ne vise que ce trouble moteur, ne convient qu'à celui-là et reste sans efficacité contre tous les autres. Une technique unique, banale, répétée indifféremment pour tous et par tous, ne peut être que faiblement utile, généralement inefficace, et quelquefois dangereuse. — Et c'est par ce que, dans le large champ d'études qui est sous nos yeux, nous avons vu, trop souvent, des tabétiques épuisés par des manœuvres maladroites, découragés par la répétition d'exercices inutiles, aggravés par des fautes de technique, que nous avons cru devoir insister en passant sur ce point.

Formes prodomiques dépressives de la démence précoce.

Mlle le Dr Pascal. — Les formes prodromiques de la démence précoce sont, dans la majorité des cas, des formes dépressives : neurasthéniques et mélancoliques. La fausse neurasthénie prédémentielle a des caractères propres : l'*indifférence émotionnelle* est très précoce et elle constitue la base de tous les troubles psychiques. Les troubles de l'attention, l'apathie, l'aboulie, sont différents des mêmes symptômes de la neurasthénie vraie. Il faut remonter à leur source pour trouver les caractères distinctifs. Les fugues sans motif, les grimaces, les troubles de la conduite, les tics, les gestes, les attitudes bizarres, les impulsions subites, l'entêtement opiniâtre, les troubles psychographiques complètent les tableaux cliniques.

Les *crises d'inertie* avec leur aspect clinique spécial et les *rires morbides*, explosifs, incoercibles avec tendance à la stéreotypie sont pathognomoniques de la démence précoce. La forme mélancolique se distingue par l'état mental particulier : douleur morale mal justifiée par l'asystématisation des conceptions délirantes et par les réactions morbides qui portent déjà un cachet démentiel.

M. Régis. — Au point de vue pratique, s'il est très difficile de dépister la paralysie générale à la période dite pré-paralytique, il est bien plus difficile encore de prévoir et de dépister une future démence précoce. Il s'agit à ce moment de phénomènes qui se trouvent dans toute névrose et dans toute psycohse et ne sont nullement spéciaux à la démence précoce. Devant ces manifestations névropathiques des adolescents je me déclare encore dans l'impossibilité absolue d'établir un diagnostic pour l'avenir. Le signe le plus important est peut-être le « rire » de ces malades, rire qui existe fréquemment, et avec des caractères spéciaux. Le rire n'est pas toujours le « fou rire » et mérite une étude beaucoup plus approfondie. Ce symptôme avant-coureur est très important et j'ai réuni à ce sujet un certain nombre d'observations qui seront très prochainement publiées. Sur 150 cas de démence précoce, ce rire n'a manqué que trois ou quatre fois.

Rapport du traumatisme et de la paralysie générale.

M. Brissaud (de Paris). — J'ai observé plusieurs malades chez lesquels des symptômes de paralysie générale ont été notés peu après une chute ou un traumatisme cranien grave. Quels sont dans ces conditions les rapports réciproques de la paralysie générale et du traumatisme ? Celui-ci a-t-il été réel-

lement la cause effective, unique de la maladie, a-t-il créé de toutes pièces la paralysie générale ? ou bien, ce que je serais plus tenté d'admettre, n'a-t-il pas simplement actionné et orienté vers les centres nerveux une syphilis en évolution qui sans lui les aurait peut-être respectés ?

M. Briand. — M. Brissaud vient de soulever une question bien intéressante et bien délicate. Il est très difficile d'élucider une question aussi grave par des faits négatifs ; cependant, si chacun venait ici dire qu'il n'a jamais rencontré de paralysie générale traumatique, la vérité serait bien près d'être établie. Il y a des années que je recherche des cas de paralysie générale traumatique, je n'en ai jamais trouvé. Si l'on remonte un peu loin dans l'examen du malade, on trouve que toujours la paralysie générale avait débuté avant le traumatisme incriminé.

M. Raymond. — Je suis très heureux d'entendre exprimer des conclusions que je partage complètement. Quand une paralysie générale est certaine, j'affirme que toujours la syphilis est le point de départ et que le traumatisme n'a été qu'un épisode.

M. Ballet (de Paris). — Dans 2 cas qu'il m'a été donné d'observer et qui tous deux se présentaient comme des types de paralysie générale traumatique, une enquête attentive a montré que dans l'un, les symptômes de méningo-encéphalite chronique étaient antérieurs au traumatisme, et que dans l'autre il existait une syphilis conjugale ; ici encore, par conséquent, le traumatisme, s'il était pour quelque chose dans l'apparition de la maladie, n'avait pu jouer que le rôle de cause occasionnelle. Je ne crois donc pas à l'existence de la paralysie générale exclusivement traumatique. Mais il ne faut pas conclure de là à l'innocuité complète d'un traumatisme en matière de paralysie générale. Il est très possible, en effet, que tel syphilitique qui serait resté toute sa vie un simple syphilitique devienne paralytique général à l'occasion d'un traumatisme.

M. Régis. — Je n'ai observé, pour ma part, que des cas où le traumatisme était consécutif à une paralysie générale préexistante. Je serais donc assez disposé à me ranger à l'avis de MM. Brissaud, Raymond et Ballet. Il résulte cependant d'une série de travaux allemands et anglais sur ce sujet, qu'il y a présomption de relation de cause à effet entre le traumatisme et la paralysie, d'abord quand il n'y a pas de cause connue antérieure susceptible de créer la paralysie générale, ensuite lorsque le traumatisme a déterminé un ébranlement sérieux et enfin lorsque le temps écoulé entre les deux faits n'a été ni trop long, ni trop court. Dans l'une ou l'autre de ces alternatives,

il appartient encore à l'expert de déterminer pour chaque cas particulier dans quelle mesure le traumatisme a dû favoriser ou hâter l'éclosion de la paralysie générale.

M. Giraud rapporte un cas qu'il a eu l'occasion d'observer récemment avec M. Lallemand et pour lequel les experts conclurent que la paralysie générale devait être déjà en évolution lorsque survint le traumatisme.

M. Duret. — Comment faut-il considérer la paralysie générale ? Est-ce un syndrome ou une maladie spécifique ? Toute la question est là, et si la paralysie générale est considérée comme un syndrome, il est logique d'admettre que le traumatisme puisse jouer un rôle dans son étiologie.

M. Brissaud constate qu'aucun des membres du Congrès n'a vu le traumatisme créer de toutes pièces la paralysie générale. Désormais la question lui paraît résolue. Au point de vue médico-légal, le traumatisme n'en a pas moins créé un dommage qui doit être réparé.

M. Vallon (de Paris). — Que la syphilis joue un rôle dans le développement de la paralysie générale, je ne le conteste pas, mais, qu'elle en soit la condition suffisante, je ne le crois pas. Toujours ou presque toujours la paralysie générale est le résultat de l'association de la syphilis avec un autre facteur étiologique. Le plus souvent c'est l'alcoolisme qui intervient, mais il est possible que dans un certain nombre de cas ce soit un traumatisme qui s'ajoute à la syphilis.

M. Christian insiste sur le rôle du surmenage dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. Pailhas rappelle un cas qu'il a communiqué à un Congrès précédent.

Deux cas de tumeurs du corps calleux avec autopsie.

M. Raymond. — Je désire vous communiquer les observations de deux malades ayant succombé à des tumeurs du corps calleux.

Le premier, un homme de cinquante-huit ans, avait présenté, à la suite d'un ictus survenu trois mois avant sa mort, une hémiplégie motrice droite progressive avec hémitremblement, et plus tard une hypoesthésie du même côté.

Dès l'ictus, l'intelligence s'était montrée affaiblie : on constatait avant tout une obnubilation intellectuelle générale. Il existait quelques signes de compression cérébrale : céphalée, vomissements, stase papillaire légère, mais aucun phénomène du côté des nerfs craniens. A l'autopsie, on trouva une vaste tumeur, un gliome très vasculaire avec foyers hémorrhagiques détruisant les deux tiers antérieurs du corps calleux, se prolongeant en avant dans le lobe frontal, et latéra-

lement dans le centre ovale du côté gauche. Il existait, en outre, un noyau secondaire au niveau des circonvolutions pariétales ascendante et deuxième pariétale gauches. L'examen histologique des coupes de l'hémisphère gauche permit de constater une atrophie considérable des fibres tangentielles d'Exner, la destruction des faisceaux longitudinal supérieur et occipito-frontal et du cingulum. A noter des altérations très prononcées des vaisseaux de l'écorce.

Le deuxième malade, un homme âgé de quarante ans, n'a eu, pendant huit mois, comme unique symptôme, *que des troubles mentaux spéciaux*, puis, deux mois et demi avant sa mort, se sont montrés de nombreux signes : avant tout une hémiparésie gauche progressive avec hémiataxie et hémianesthésie du même côté, ensuite une hémianopsie temporale gauche homonyme.

Il n'y avait pas de phénomènes de compression des nerfs de la base et ceux de compression générale étaient modérés. Une obnubilation intellectuelle progressive avait obscurci le syndrome mental au début, lorsque le malade vint consulter à la Salpêtrière ; néanmoins, on put le reconstituer et porter le diagnostic de tumeur localisée primitivement au corps calleux, ayant envahi la couche optique droite. L'autopsie confirma l'exactitude du diagnostic ; on trouva un sarcome à cellules polymorphes, très vasculaire, ayant infiltré le tiers postérieur du corps calleux et s'étant développé du côté droit, où il a détruit les deux tiers postérieurs de la couche optique, le tiers postérieur de la capsule interne, les radiations thalamiques et le faisceau longitudinal inférieur. Les cellules pyramidales de l'écorce, étudiées par la méthode de Nissl, présentent des altérations assez considérables (chromatolyse, déplacement et vacuolisation du noyau, etc.).

Il résulte de ces constatations que les divers symptômes observés chez ces deux malades ont presque tous pour origine des lésions situées en dehors du corps calleux et qu'en somme il n'y a *que les troubles mentaux* qu'on puisse considérer comme un symptôme à proprement parler d'origine calleuse. Et encore parmi ces troubles mentaux, il y a un départ à faire. L'obnubilation intellectuelle, les troubles démentiels que certains auteurs ont décrits, dans les tumeurs du corps calleux, sont des symptômes tardifs dus à la propagation de la tumeur à des régions voisines ou à des altérations cérébrales diffuses (compression, intoxication, lésions vasculaires). Il reste, comme caractéristique, un syndrome mental spécial : il consiste en des troubles du caractère, de la bizarrerie dans les manières et dans les actes, des lacunes dans la mémoire, un manque de liaison dans les idées, tout cela avec

une conservation apparente de l'intelligence qui peut faire illusion à l'entourage. A part ces troubles mentaux spéciaux, pour soupçonner la localisation d'une tumeur dans le corps calleux, peut-être y a-t-il à tenir quelque compte du siège de la céphalée, mais de la céphalée précoce seulement. Les autres symptômes donnés par les auteurs sont des symptômes d'emprunt, la tumeur étant bien rarement limitée au corps calleux. C'est donc ce syndrome mental particulier qui est le signe caractéristique d'une localisation dans le corps calleux, et c'est son existence précoce et longtemps isolée qui a permis, dans le deuxième cas, de porter un diagnostic de localisation calleuse primitive.

De cette étude anatomo-clinique, je ne veux tirer aucune conclusion ferme au sujet de la physiologie du corps calleux. Le faisceau occipito-frontal était détruit dans les deux cas ; il n'est donc pas sûr que le syndrome psychique décrit plus haut soit uniquement d'origine calleuse. C'est l'étude des lésions limitées au corps calleux (hémorrhagie, ramollissements) qui pourrait permettre de résoudre ce problème.

Myxœdème et Mongolisme.

M. Bourneville rappelle que, l'an dernier, au *Congrès de Rennes*, il a montré une série de photographies concernant deux groupes bien distincts d'idiotie, les *myxœdémateux* et les *mongoliens*. S'appuyant sur ces documents, il a essayé de tracer un parallèle entre le myxœdème infantile et le mongolisme, que chacun a pu lire dans les procès-verbaux du Congrès. Ce parallèle a été reproduit, perfectionné, dans le dernier numéro de la *Revue d'hygiène et de pathologie infantiles* du Dr H. de Rothschild, comme conclusion d'une nouvelle observation de *myxœdème* (Bon...) et d'une nouvelle observation de *mongolisme* (Burga...) M. Bourneville complète ce parallèle par des renseignements comparatifs : 1° des calottes craniennes des deux groupes (avec le Dr Paul-Boncour) ; 2° de la dentition (avec M. le Dr Frey et M. Royer), 3° sur l'absence de la glande thyroïde, *constante* chez les myxœdémateux infantiles, et l'*existence de lésions* dans les glandes thyroïdes, *existantes*, des mongoliens.

1° Examen des calottes craniennes. — Il existe 7 calottes de *mongoliens*, et 9 de *myxœdémateux*. Parmi ces calottes, il y en a, 6 de chaque nature qui sont *absolument* comparables — car les âges sont *absolument* correspondants. Cependant, les calottes d'un mongolien de 17 mois et de 3 myxœdémateux au-dessus de 20 ans permettent de contrôler les constatations qu'on peut faire sur les douze crânes en question.

Poids. — Il est impossible de rien affirmer sur le poids des

calottes, car les coupes n'ont pas toujours été pratiquées au même niveau. Néanmoins, on peut affirmer que les crânes de myxœdémateux ont une transparence qui paraît en relation avec une moindre densité.

Suture métopique. — Elle existe 5 fois chez des mongoliens âgés de 17 ans, 12 ans, 11 ans, 4 ans et 17 mois. Elle est constatée 5 fois chez les *myxœdémateux* de 6 ans, 3, 24, 5, 21 ans; on remarquera que parmi les mongoliens figure un crâne de 17 mois tandis que dans les myxœdémateux figurent des crânes de 24 21, 36 ans. Pour être affirmatif, il faudrait donc savoir si la suture métopique s'observe sur les mongoliens âgés : cela n'est guère possible car la très grande majorité des mongoliens meurt avant 25 ans, tandis que des myxœdémateux dépassent la cinquantaine.

Fontanelle bregmatique. — Elle est constatée 3 fois chez les mongoliens de 4 ans, 3 ans, 17 mois ; 5 fois chez des myxœdémateux de 3, 5, 6, 21, 24. Si l'on remarque qu'il y a parmi les premiers un cas de 17 mois et parmi les seconds des cas au-dessus de 20 ans on peut conclure à sa fréquence plus grande chez les myxœdémateux, d'autant plus que chez ces derniers, la largeur des fontanelles est manifestement plus grande.

Sutures coronales.— Chez les myxœdémateux au-dessous de 5 ans les os sont à peu près libres, de plus on constate des dentelures nombreuses, des os wormiens en abondance, autant de signes qui démontrent la difficulté que les membranes ont eu à s'ossifier. Comme aucune cause intra-cranienne ne s'opposait à cette fermeture, il faut donc conclure à un retard d'ossification inhérent au myxœdème. — Les mongoliens présentent tous (sauf le crâne de 17 mois) une synostose plus avançée que chez les malades précédents.

Suture sagittale.— Bien que ces sutures présentent un état plus avancé d'ossification que les précédentes, les myxœdémateux ont encore de l'infériorité. Il y a des os wormiens nombreux sur les crânes de 3, 5, 6, 21 ans.

Suture lambdoïde. — Chez tous les myxœdémateux les sutures sont compliquées, remplies d'os wormiens. Il existe aussi chez la plupart un groupe d'os wormiens au niveau de l'angle supérieur de l'occipital et absolument isolé. Ceci est en rapport avec la persistance tardive de la fontanelle lambdoïde. Sur un crâne de 17 ans et un autre de 3 ans 1/2 il existe un os triangulaire enclavé dans l'écartement des pariétaux et complètement isolé du reste de l'occipital. Il rappelle absolument ce qu'on a appelé *l'os épactal*, et dans le cas présent sa formation est due au retard de développement du point d'ossification supérieur, non encore soudé au reste de l'os.

Chez les mongoliens, on ne trouve ce retard et encore très peu marqué, que sur les crânes de 5 et 12 ans.

Endocrâne. — L'ossification des sutures à la partie interne est beaucoup plus avancée chez les mongoliens. A ce niveau la transparence est plus marquée chez les myxœdémateux.

Les trous de la voûte sont très larges chez 3 myxœdémateux ce qui est à rapprocher des sillons faits par les vaisseaux en rapport avec l'endocrâne. Ces vaisseaux ont absolument sculpté la table interne et dans certains cas il ne reste qu'une lamelle mince de tissu osseux. — Les myxœdémateux ont donc une mollesse très grande du tissu osseux. — D'ailleurs les parois sont plus épaisses chez les mongoliens, à âge égal : naturellement les myxœdémateux âgés font exception.

En résumé, chez les *myxœdémateux*, le *retard d'ossification* est plus marqué : persistance des sutures métopiques, absence de synostose chez les jeunes, os wormiens nombreux chez les vieux, persistance de fontanelles, traces manifestes de fontanelles ayant persisté outre mesure, disposition rappelant l'os épactal, transparence du crâne et sa faible densité, incrustation des vaisseaux endocraniens.

Nota. — Le crâne 249 est absolument typique : les parties constituantes de la voûte n'ayant pu se réunir il en est résulté un écartement des os et des fontanelles qui ont fini par se combler grâce à l'ossification lente des membranes — on peut voir encore la largeur des membranes fontanellaires parsemées d'os wormiens imbriqués et inégaux, ce qui simule un véritable jeu de patience.

2° Dentition. — Pas de différences permettant d'établir un système. Chez la plupart des malades examinées tant mongoliennes que myxœdémateuses les mâchoires sont normales quelques-unes offrent du prognathisme inférieur par glissement. Les caries sont extrêmement fréquentes, les érosions multiples, la 2° dentition en retard.

3° Anatomie pathologique. — La *glande thyroïde est toujours absente* dans le *myxœdème infantile*. Dans le *mongolisme* la *glande thyroïde* est présente, mais elle est atteinte de lésions inflammatoires chroniques et quelquefois présente des tumeurs tuberculeuses.

La *puberté* est plutôt précoce chez les mongoliennes. Elle ne se développe généralement pas chez les myxœdémateuses ou incomplète et tardive, sauf chez celles qui sont soumises longtemps au traitement thyroïdien.

Enfin M. B. montre les *photographies* d'un groupe de *myxœdémateuses* et d'un groupe de *mongoliennes*, vues *nues* de

face, de *profil*, de *dos*. Ces belles photographies, dues à M. Infroit, directeur du service photographique de la Salpêtrière, mettent bien en relief les différences symptomatiques signalées par l'auteur.

M. Bourneville résume comme complément de son parallèle, et fait voir les photographies d'un *nouveau cas de mongolisme* (Cotto...) morte récemment, dans son service, de *tuberculose généralisée*.

Microcéphalie familiale.

Le même auteur fait passer les photographies de deux frères atteints de *microcéphalie* à un degré très prononcé (*microcéphalie familiale*), ainsi que les photographies du cerveau de l'un d'eux. Les observations, rédigées en collaboration avec son interne, Mlle R. Maugeret, seront publiées dans le recueil des travaux du Congrès.

Hydrocéphalie congénitale.

La dernière communication de M. Bourneville (avec M. le Dr Julien Noir) a trait à un *cas d'hydrocéphalie* communiqué au *Congrès de la Rochelle* (1893) parce que le traitement produit une amélioration considérable. L'enfant avait alors près de 4 ans. En terminant, il dit : « Si Valentine Esc..., malgré une *hydrocéphalie congénitale* considérable, est devenue une enfant intelligente, presque normale, c'est non seulement à la compression du crâne par des capelines de bandelettes de Vigo, à la révulsion, au calomel, aux bains salés, etc., qu'il faut l'attribuer, mais encore à l'éducation bien dirigée et aux soins minutieux que nous avons pu faire mettre en pratique par sa mère et sa sœur, avec intelligence et avec beaucoup de suite.

De 1893 à 1903, l'enfant a continué à s'améliorer sous tous les rapports, ainsi que le prouve sa photographie collective, lorsque, à la suite d'une chute sur la tête, il s'est produit une énorme *bosse sanguine* et sont survenues des *convulsions*. Tous les progrès réalisés ont été rapidement perdus : démence et paralysie progressive. Nous avons raconté la période de progrès, nous avons pensé utile de vous faire connaître la période de déchéance.

Permettez-nous une remarque à propos des *photographies* collectives, c'est-à dire représentant tous les malades dont nous venons de parler, tous les deux ans, avec l'indication de leur *poids* et de leur *taille*. Ce procédé devrait être appliqué à tous les *enfants normaux*, tous les ans si possible. Ces documents, avec les *cahiers scolaires*, devront compléter le *Livret de famille* qu'ils illustreraient et sur lesquels on doit mar-

quer toutes les maladies de l'enfant. Cela viendra peut-être un jour !

Sur quelques caractères de certaines formes de nymphomanie.

M. Gilbert BALLET. — Il existe de nombreux cas cliniques de nymphomanie tout à fait différents de la description classique, et l'auteur en rapporte trois observations des plus intéressantes. Tout en présentant les trois caractères les plus importants peut-être de ce syndrome, l'exagération du désir, la frigidité et l'absence de satisfaction sexuelle, ces observations se distinguent entre elles par le mobile auquel obéit la nymphomane. La première des trois nymphomanes dont l'observation est rapportée est ce que l'auteur appelle une nymphomane par curiosité ; la seconde, cherchant par ce moyen à faire disparaître les symptômes morbides qu'elle ressent, est dite nymphomane thérapeute ; la troisième, plus complexe encore, se comporte comme obsédée et voit à son désir exagéré succéder, dès le premier contact, une répulsion plus violente encore.

M. RÉGIS. — A côté du symptôme nymphomanie, se trouve toujours un substratum morbide. La nymphomanie se rattache à un état constitutionnel, hystérique ou dégénératif : il y a même souvent à noter une altération de la moralité qui fait que, dans ce syndrome, il faut souvent considérer autant l'amoralité que la nymphomanie proprement dite.

M. Gilbert BALLET est d'accord avec M. Régis sur ce fait que la nymphomanie constitue une manifestation de la tare nerveuse ou héréditaire. Il ne croit pas qu'on puisse faire de l'amoralité un caractère constant de la nymphomanie. Si, dans la première observation, il s'agit bien d'une amorale, le fait est bien improbable pour la seconde, et la troisième malade est d'une moralité parfaite et luttait autant qu'elle le pouvait contre cette obsession morbide.

Deux cas de confusion mentale liés à la fièvre typhoïde et à la [illegible] Sérodiagnostic et étude bactériologique.

MM. TATY et CHAUMIER (Lyon) présentent au Congrès les observations de deux cas de confusion mentale d'origine infectieuse ayant évolué chez deux jeunes filles de vingt-six ans. Dans le premier cas, la période fébrile a duré environ un mois. La maladie s'est montrée chez une prédisposée à caractère hypocondriaque ; elle s'est accompagnée d'agitation et de stupeur. Le sérodiagnostic typhique fait à la convalescence a été positif. La malade est sortie guérie. Chez la deuxième malade, tare d'arthritique, le début a été brusque. La période fébrile observée a duré deux mois. Les princi-

paux symptômes notés ont été la confusion mentale allant jusqu'à la stupeur, la sitiophobie, l'albuminurie, des accès parotidiens et de l'hématurie. La convalescence, accompagnée d'amélioration mentale, a été troublée par des poussées fébriles concomitantes des abcès. Séro-diagnostic typhique négatif; streptocoques dans l'urine ; staphylocoques dans le pus des abcès. Inoculation de sang à l'oreille d'un lapin ; pas de réaction locale, mais paraplégie du train postérieur de l'animal. La malade a eu une desquamation généralisée. La scarlatine paraît seule expliquer l'évolution morbide.

La tuberculose chez les épileptiques hospitalisés.

M. Claude (de Paris). — En comparant, avec M. Schœffer, la statistique de la mortalité par tuberculose chez les épileptiques admises à la Salpêtrière avec la même statistique concernant les aliénés de cet hospice, nous avons constaté que chez ces derniers la tuberculose faisait des ravages beaucoup plus considérables. Dans ces quinze dernières années, sur 644 décès de sujets aliénés, 9.78 % ont succombé à la tuberculose, tandis que dans les services d'épileptiques. sur 122 décès, 4,8 % seulement étaient attribuables à la tuberculose. Ces constatations concordent avec ce que nous savons de la fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. Ceux-ci vivant à la Salpêtrière dans les mêmes conditions d'hygiène générale que les épileptiques, on pouvait se demander si ces derniers ne présentaient pas une résistance particulière à la tuberculose. Mais les statistiques fondées sur la mortalité ne renseignent qu'imparfaitement sur la fréquence d'une maladie souvent latente comme la tuberculose. d'autant plus que les épileptiques meurent le plus souvent au cours d un état de mal et que les diagnostics n'indiquent pas si les sujets sont tuberculeux. Nous avons donc examiné très complètement, au point de vue de la tuberculose, tous les sujets épileptiques des deux services de la Salpêtrière. Sur 319 femmes admises dans cet hospice, la plupart depuis de nombreuses années, nous n'avons trouvé que 20 malades (6.26 %) chez lesquelles un examen approfondi permit de mettre en cause la tuberculose et. sur ce nombre, 2 seulement sont des phtisiques atteintes de lésions pulmonaires tuberculeuses ouvertes. Or, dans les services d'aliénés, la morbidité tuberculeuse est infiniment plus élevée, puisqu'on a trouvé jusqu'à 12 % d'aliénés tuberculeux dans certains asiles. Les épileptiques présentent donc une résistance plus grande à la tuberculose que les aliénés. Cependant, les recherches que nous avons entreprises sur les qualités du sang des épileptiques

nous ont montré que le bacille de Koch poussait sur le sang gélosé de ces malades avec la même facilité que sur le sang gélosé du lapin.

[En 1898, l'un de nos élèves, M. Ballard, sur nos conseils, a pris pour sujet de sa thèse inaugurale : *Comment meurent les épileptiques* ? Elle comprend : de 1880 à 1886 inclusivement, des épileptiques adultes et des enfants (garçons), de 1887 à 1889, des enfants seulement (garçons) ; de 1890 à 1905, des garçons et des filles. Sur les 255 décès, il y en a eu 41 occasionnés par la tuberculose. Nous avons continué cette statistique jusqu'à la fin de 1905. En voici les résultats :

1899.....	25	décès	9	par tuberculose
1900.....	8	—	2	—
1901.....	18	—	2	—
1902.....	6	—	1	—
1903.....	10	—	2	—
1904.....	9	—	4	—
1905.....	19	—	13	—

Soit, de 1899 à 1905, 85 décès d'épileptiques dont 33 par tuberculose. En réunissant ces cas (85) à ceux de M. le Dr Ballard (255) nous trouvons, sur 340 décès d'épileptiques, 74 décès par tuberculose]. BOURNEVILLE.

Origine périphérique du spasme facial.

M. LÉVY (de Paris). — Le spasme de la face doit être considéré non comme l'aboutissant d'un réflexe, mais comme une affection le plus ordinairement d'origine périphérique. Ce spasme est dû à l'excitation du facial se produisant exceptionnellement au niveau de ses centres (Féré), quelquefois sur le trajet du nerf, le plus souvent émanée des riches plexus sensitivo-moteurs de la face, d'où elle se propage peu à peu aux rameaux puis au tronc de la septième paire. Une série de faits viennent à l'appui de cette pathogénie : d'abord l'anatomie et la physiologie des plexus de la face, et ensuite, au point de vue clinique, la limitation initiale du spasme à quelques fibres d'un muscle, son extension progressive à tout le muscle, puis au système des muscles innervés par le facial. D'autre part, au point de vue étiologique, il est un certain nombre de faits qui ne peuvent s'expliquer par l'arc réflexe, même pour les partisans de cette théorie (Axenfeld). Ce sont ceux où, à la suite de plaies, le spasme apparaît sans douleurs préalables et se limite d'abord à la région lésée. Il semble bien enfin que la guérison de ces spasmes par les injections d'alcool au voisinage du nerf constitue une nouvelle preuve de leur origine périphérique.

M. Brissaud. — Les faits que nous présente M. Lévy viennent à l'appui des idées que j'ai toujours soutenues soit avec M. Meige, soit seul. Le spasme facial peut reconnaître comme point de départ une irritation quelconque placée sur le trajet de l'arc réflexe : voie centripète trigémellaire, noyau central, voies et fibres centrifuges de la 7e paire.

Sur la présence de la choline dans le sang au cours des maladies du système nerveux.

M. Claude. — Des recherches récentes ont attribué une grande importance, au point de vue séméiologique, à la présence, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de lésions du système nerveux, d'un corps qui a été regardé comme de la choline. Or, des recherches de contrôle que j'ai faites avec M. Blanchetière, il résulte que ce corps n'est pas de la choline, et, de plus, qu'il ne préexiste pas dans le sérum sanguin, mais paraît naître sous l'action des réactifs et par un processus d'hydratation.

Un cas de démence précoce post-confusionnelle avec autopsie et examen histologique.

MM. Anglade et Jacquin. — Il s'agit d'une confusion mentale survenue au cours de la puerpéralité : l'intoxication gravidique lui a fourni son appoint et les attaques d'éclampsie, la présence d'albumine en quantité importante dans les urines en sont la preuve. En cinq ans, chez une femme de vingt sept ans, la démence s'est trouvée réalisée et la mort survint ensuite, comme cela est fréquent, par tuberculose pulmonaire.

L'examen histologique montra, outre les lésions des cellules nerveuses, une extraordinaire activité de la prolifération névroglique. Les lésions du cerveau et du bulbe frappent par leur ressemblance avec les lésions de la démence épileptique, de la démence organique et de la démence sénile. Les seules différences résident dans le défaut d'épaississement des vaisseaux, habituel tout au moins chez les séniles et chez les organiques, et dans le plus grand nombre des cellules en voie de chromatoylse. Ce sont les mêmes plaques avec les mêmes localisations, la même tendance à la formation lacunaire, etc.

Syndrome de Landry. Valeur pronostique de la lympho-polynucléose rachidienne. Inoculations du bulbe.

MM. Brissaud, Sicard et Tanon (de Paris) rapportent l'observation d'une malade âgée de vingt-sept ans, atteinte de syndrome de Landry et qui succomba au quinzième jour. Le li-

quide céphalo-rachidien retiré au cours de quatre ponction successives se montra toujours très riche en lymphocytes e polynucléaires. Les auteurs insistent sur l'importance pronos tique de cette formule leucocytaire. Tandis que le type pér phérique du syndrome de Landry, souvent curable, ne pro voque, en effet, que très peu ou même pas de réaction ménin gée lymphocytaire, la symbiose lympho-polynucléaire rach dienne permet, au contraire, d'affirmer le type central myéli tique avec une évolution brutale aiguë qui ne saurait pa donner.

Les auteurs attirent également l'attention sur l'origine rab que toujours possible du syndrome de Landry, même en l'a sence d'antécédents évidents de morsures, de plaies léchées etc. Cette possibilité les a engagés à faire pratiquer par l'ins titut Pasteur M. Chaillou des inoculations du bulbe de l malade. Or, les premières expériences ont paru donner de résultats positifs. Les lapins sont morts avec des signes de rage Ce n'est que, par suite, grâce aux inoculations en série, que le diagnostic bactériologique rabique a pu être infirmé. Il n s'agissait pas de virus rabique, mais d'un microbe pathogène pour le système nerveux. On comprend donc la nécessité des inoculations en série qui seules permettront des conclusions fermes dans ces recherches de bactériologie spéciale.

[illegible]

MM. [illegible] de Paris apportent un nouveau cas de coexistence d'accidents cutanés spécifiques et de tabe [illegible] qu'ils ont observé avec M. Lindery. La notion d'un éruption syphilitique [illegible] constitue l'originalité de cette observation.

[illegible]

MM. [illegible] et [illegible] présentent les phénomènes d'un malade atteint de paralysie faciale [illegible] suspendant à un spasme facial [illegible] du côté droit, [illegible] d'une lésion [illegible] céphalique [illegible] de la lésion s'affirme par de la céphalée et le diagnostic [illegible] et de la lymphocytose rachidienne. [illegible] qu'ils non signale, montre que le spasme facial, [illegible] cas d'origine [illegible] une même lésion causale peut, suivant ses siège [illegible] spasme soit de la paralysie.

Nouvelle méthode de rééducation de la marche chez les ataxiques, par LEWÈVRE.

Hémorragie méningée au cours d'une méningite cérébro-spinale, par GAUSSEL.

Les ponctions lombaires en série au cours de la paralysie générale, par A. MARIE.

Appréciation des troubles nerveux au moyen d'un appareil nouveau, le sténomètre, par JOIRE.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

VI.— **Les micromélies congénitales. Achondroplasie vraie et dystrophie périostale** ; par PORAK et DURANTE. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 5.)

Après avoir confondu les dystrophies osseuses congénitales avec le rachitisme, on les assimile trop aisément aujourd'hui à l'achondroplasie, réunissant ainsi sous ce terme des affections disparates dont le seul symptôme commun est la brièveté relative des membres. Il y a lieu de distinguer deux variétés de micromélies congénitales : l'achondroplasie vraie et la dystrophie périostale.

L'achondroplasie vraie est un trouble de développement du squelette intéressant particulièrement les épiphyses des os longs des membres, le bassin et la base du crâne : micromélie le plus souvent rhizomélique, brachycéphalie, synostose prématurée des os de la base du crâne, hypertrophie des épiphyses et des saillies osseuses, coudures juxta-épiphysaires, absence de fractures, développement normal du thorax, des organes génitaux et de l'intelligence. Elle est caractérisée histologiquement par la sclérose du cartilage de conjugaison ; l'ossification périostale est normale.

La dysplasie périostale intéresse surtout les diaphyses des os longs, les côtes et la voûte du crâne. Elle diffère totalement de la première par l'intégrité de l'ossification chondrale et le défaut d'ossification périostale. Au point de vue clinique, on note le moindre volume de la tête, l'absence d'enfoncement de la racine du nez, l'absence de synostose précoce des os de la base, l'ossification imparfaite de la voûte cranienne, la faible consistance et la fragilité des diaphyses, d'où la fréquence des fractures et des déformations.

Il ne faut pas confondre ces affections avec le nanisme toxi-infectieux, le nanisme myxœdémateux, le rachitisme. L'infection

phériques ou alimentaires ; 2° Tous les genres d'*épuisement* musculaire, *nerveux*, sécrétoire ».

Axenfeld et Huchard recommandent au contraire les ferrugineux chez les neurasthéniques anémiques : « Mais il importe, disent-ils, de ne pas oublier que dans les cas où l'irritation spinale est sous la dépendance d'un état anémique, le traitement hydrothérapique devra être dirigé principalement contre l'anémie, cause principale de la maladie ; *on trouve en outre souvent l'indication d'associer, à ces différents moyens, les ferrugineux et les toniques.* »

Dans le Traité des maladies nerveuses de Kraft-Ebing, je lis : « Vu que nous ne connaissons que très peu les *changements chimiques* les plus subtils qui se passent dans notre système nerveux et qui sont *peut-être la cause de la neurasthénie*, ou que nous ne savons seulement que d'une façon imparfaite quel est l'effet de nos médicamments journellement prescrits, nous devons nous contenter de l'empirisme. Les toniques les plus usuels sont : *le fer*, l'arsenic, le quinquina, le phosphore, le zinc. Il serait très difficile de donner leurs indications spéciales. » Les premiers cas que j'ai observés l'ont été également au point de vue empirique, mais j'ai eu ensuite l'occasion de rencontrer en ville et à l'hôpital toute une série de neurasthéniques où le fer a donné d'excellents résultats ce qui m'a permis de me faire une opinion rationnelle sur ce sujet.

Parmi les observations que j'ai eu l'honneur de publier, il en est qui ont trait à des neurasthéniques anémiques : il en est d'autres où l'anémie ne pouvait être en cause ; du reste dans les observations de neurasthénie s'accompagnant d'anémie, traitées et guéries par les ferrugineux, l'état anémique n'a jamais été bien accentué, incapable par lui-même d'amener un état sérieux de dépression physique ou psychique.

Les préparations ferrugineuses que j'ai employées sont le protoxalate de fer et le ferroplasma, je n'ai eu qu'à m'en louer. Mais en même temps que je prescrivais les ferrugineux, j'avais bien soin d'ordonner l'acide chlorhydrique pour favoriser l'assimilation du fer et activer la digestion de ces malades, presque toujours hypochlorhydriques.

Ce traitement était complété par l'usage d'eaux minérales ferrugineuses comme celles d'Orezza, de Bussang, de Spa. Les eaux minérales qui conviennent le mieux à ces états neurasthéniques sont sans conteste celles de *Saint-Parize* (source des Vertus), car elles contiennent, en même temps que le fer, des sels de chaux et de manganèse qui les rendent laxatives, ce qui fait qu'elles ne constipent pas, mais au contraire facilitent la régularité des selles.

Nouvelle méthode de rééducation de la marche chez les ataxiques, par LEWÈVRE.

Hémorragie méningée au cours d'une méningite cérébro-spinale, par GAUSSEL.

Les ponctions lombaires en série au cours de la paralysie générale, par A. MARIE.

Appréciation des troubles nerveux au moyen d'un appareil nouveau, le sténomètre, par JOIRE.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

VI.— **Les micromélies congénitales. Achondroplasie vraie et dystrophie périostale** ; par PORAK et DURANTE. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 5.)

Après avoir confondu les dystrophies osseuses congénitales avec le rachitisme, on les assimile trop aisément aujourd'hui à l'achondroplasie, réunissant ainsi sous ce terme des affections disparates dont le seul symptôme commun est la brièveté relative des membres. Il y a lieu de distinguer deux variétés de micromélies congénitales : l'achondroplasie vraie et la dystrophie périostale.

L'achondroplasie vraie est un trouble de développement du squelette intéressant particulièrement les épiphyses des os longs des membres, le bassin et la base du crâne : micromélie le plus souvent rhizomélique, brachycéphalie, synostose prématurée des os de la base du crâne, hypertrophie des épiphyses et des saillies osseuses, coudures juxta-épiphysaires, absence de fractures, développement normal du thorax, des organes génitaux et de l'intelligence. Elle est caractérisée histologiquement par la sclérose du cartilage de conjugaison ; l'ossification périostale est normale.

La dysplasie périostale intéresse surtout les diaphyses des os longs, les côtes et la voûte du crâne. Elle diffère totalement de la première par l'intégrité de l'ossification chondrale et le défaut d'ossification périostale. Au point de vue clinique, on note le moindre volume de la tête, l'absence d'enfoncement de la racine du nez, l'absence de synostose précoce des os de la base, l'ossification imparfaite de la voûte cranienne, la faible consistance et la fragilité des diaphyses, d'où la fréquence des fractures et des déformations.

Il ne faut pas confondre ces affections avec le nanisme toxi-infectieux, le nanisme myxœdémateux, le rachitisme. L'infection

et l'intoxication sont des causes également plausibles de ces troubles du développement. F. TISSOT.

VII. — **Sur deux cas d'achondroplasie** ; par PARHON, SHIMDA et ZALPLACHTA. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 5.)

A propos de ces deux cas, les auteurs passent en revue la symptomatologie de l'achondroplasie : micromélie en général rhizomélique (inversion des rapports entre les dimensions respectives des segments rhizomélique et mésomélique des membres), macro-céphalie avec enfoncement et aplatissement de la racine du nez, aspect noueux des membres par épaississement des épiphyses et des surfaces articulaires, mains en trident, dimensions normales du tronc et de la colonne, ensellure lombaire, déviations diverses du rachis, état normal des organes génitaux, exagération du sens génésique, intelligence réduite, infantile, tels sont les principaux caractères de cette affection. Les auteurs en discutent ensuite l'étiologie et la pathogénie : comparant l'achondroplasie avec le gigantisme, ils émettent l'hypothèse du défaut de la fonction hypophysaire et de l'hyperfonction des glandes sexuelles, associés à des troubles des autres glandes à sécrétion interne. F. T.

VIII. — **Sclérose en plaques ; atrophie cérébelleuse et sclérose pseudo-systématique de la moelle épinière** ; par CATOLA. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 5.)

Observation intéressante par l'étiologie (les signes de sclérose ont débuté à la suite du choléra) et par l'association de multiples lésions. F. T.

IX. — **L'analyse mathématique des courbes de fatigue comme pureté de diagnostic dans les maladies nerveuses** ; par Mlle YOTEYKO. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 1.)

L'auteur montre dans ce travail que la courbe ergographique est soumise à l'influence de trois constantes ou paramètres, l'une positive (tendant à élever la courbe), les deux autres négatives.

La constante positive est due à l'action des centres nerveux ; les deux constantes négatives sont le résultat de l'affaiblissement de la force musculaire par usure des albuminoïdes et diminution des réserves d'hydrates de carbone.

Il résulte de ces données qu'on peut modifier une courbe ergographique en changant les conditions expérimentales. C'est ainsi qu'il suffit de donner de petites doses d'alcool au sujet pour relever la constante positive qui traduit l'action excitante de cette substance sur les centres nerveux. L'ingestion de sucre, qui est un aliment de premier ordre, a montré une diminution des deux constantes négatives et partant une augmentation de la force mus-

culaire. Sous l'influence de la caféine, tous les paramètres augmentent d'où l'on peut inférer que cette substance n'est pas un aliment, mais un excitant du système nerveux qui permet une meilleure utilisation des réserves de l'organisme.

L'étude de ces paramètres pourra donc être utilisée à l'avenir en clinique nerveuse pour reconnaître l'origine et le siège des maladies. G. D.

X. — **Paraplégie infantile, début insidieux, état stationnaire, puis aggravation**; par le Dr Bouchaud. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 1).

Il s'agit d'une fillette de 8 ans, qui fut atteinte à 22 mois d'une pneumonie grave suivie d'un affaiblissement progressif des membres inférieurs. Pendant 4 ans cette paraplégie resta stationnaire puis elle s'aggrava subitement au point de rendre la station debout impossible. En même temps, on constata une abolition des réflexes tendineux et une perte de la contractilité électrique des muscles paralysés. Cette paralysie semble devoir rester stationnaire et ne manifeste aucune tendance à se transformer en une atrophie musculaire progressive. Une infection et une vulnérabilité particulière des cornes antérieures de la moelle sont les deux facteurs invoqués par l'orateur pour expliquer cette double atteinte de paralysie infantile. G. Deny.

XI. — **Sur un cas de paralysie de la 3e paire**; par M. Josserand. (*Société des sciences médicales* de Lyon, 10 janvier 1906.)

La malade présente les caractères ordinaires d'une paralysie de la 3e paire du côté droit: strabisme externe, ptosis, un peu de mydriase, paralysie du photo-réflexe et de l'accommodation. Syphilis probable. A un examen plus attentif, on trouve des signes d'hystérie: crises nerveuses anciennes; actuellement, large plaque d'anesthésie sur le flanc droit, hyperesthésie péri-orbitaire, diplopie monoculaire, mégalopsie.

L'auteur pense qu'on est en présence de phénomènes hystériques qui se sont surajoutés à une paralysie organique de la 3e paire. Dans cette hypothèse, il n'en est pas moins intéressant de voir comment une lésion localisée peut fixer chez une hystérique, les symptômes névropathiques sur la zone intéressée. G. C.

XII. — **Paralysie du moteur oculaire externe, d'origine otique**; par MM. Lannois et Perretière. (*Lyon méd.*, 4 mars 1906, p. 444.)

Les paralysies de la VIe paire constituent une des complications les plus fréquentes des suppurations aiguës ou chroniques de l'oreille. Leur étude date d'une époque récente; leur intérêt clini-

que et pathogénique est bien établi par les recherches de ces dernières années, surtout celles de Gradenigo en Italie, en France, de Laurens dans sa thèse et de Bonnier. Les auteurs en rapportent une observation nouvelle.

Observation : Otite moyenne suppurée droite datant de l'enfance ; otorrhée à rechutes et polypes de la caisse.

Mastoïdite aiguë datant de 4 jours.

Paralysie du moteur oculaire externe du même côté depuis 24 heures. Intervention d'urgence : évidement pétro-mastoïdien. Abcès périsinusal. Sédation immédiate des phénomènes généraux. Apparition d'une paralysie faciale au deuxième jour.

Amélioration de la paralysie de l'abducteur deux mois après l'intervention.

Cette observation montre bien l'évolution parallèle des symptômes du côté de l'oreille et du trouble moteur oculaire.

Des recherches auxquelles se sont livrés les auteurs, il résulte que, dans tous les cas, la paralysie de l'abducteur ne semble pas avoir un mécanisme pathogénique univoque, et cela a une grande importance pratique.

Dans certains cas, elle est fonction d'une complication de l'otite dans sa marche envahissante. Il s'agit de lésions simplement osseuses, carie de la pointe de la pyramide ; d'autres fois d'abcès extra-duraux, de foyers méningitiques localisés ou d'arachnitis séreuse ; enfin de thromboses des sinus ou d'abcès encéphaliques suivant l'étape du processus infectieux.

La paralysie de l'abducteur peut aussi être la conséquence de phénomènes névritiques d'ordre inflammatoire ou toxique. Les auteurs sont tentés de rattacher leur cas à cette catégorie en raison de la persistance de la paralysie et de sa rétrocession après deux mois.

Il est une série d'observations pour lesquelles on doit invoquer un réflexe partant de l'oreille et agissant sur les noyaux des nerfs oculaires par l'intermédiaire du noyau de Deiers. De ces considérations pathogéniques, les auteurs tirent une conclusion pratique, c'est qu'en présence d'une paralysie de l'abducteur au cours d'une otite, il ne faut pas d'emblée trouver dans l'apparition des troubles oculaires l'indication d'une intervention immédiate. Il faut savoir attendre l'apparition de symptômes plus caractéristiques, d'une extension mastoïdienne, d'une labyrinthite suppurée ou de complications intra-craniennes. G. Carrier.

XIII. — **Névralgies graves** ; par M. Grandclément. (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 12 mars 1906, *Lyon méd.*, 1er avril 1906.)

Des faits qu'il a observés, l'auteur conclut qu'en présence d'une névralgie grave, telle que le véritable tic douloureux de la

face, il est indiqué aujourd'hui de procéder en suivant la ligne de conduite suivante :

1° Essayer d'abord le traitement électrique par les courants continus de haute intensité ; 2° si le résultat n'est pas suffisant, recourir aux injections, soit d'antipyrine, soit d'alcool, soit d'air ; et cela sans crainte, ni lassitude, car il faut en faire un très grand nombre afin de détruire la plupart des filets nerveux du trijumeau et surtout agir par choc en retour sur les centres nerveux toujours malades dans ces cas ; 3° ne recourir à la méthode chirurgicale qu'en dernier ressort, étant donné que les opérations sur les nerfs, en particulier l'arrachement du ganglion de Gasser sont souvent suivies de la perte de la vue et de la perte de l'œil et qu'en outre elles sont souvent suivies elles-mêmes d'insuccès ou de récidives. G. C.

XIV. — **Eclampsie puerpérale** ; par P. J. de Bruine Plocs Van Amstel. (*Rev. de méd.*, janvier et février 1906.)

Nous ne pouvons donner ici un résumé complet de ce long article plein de notions intéressantes, mais qui relèvent beaucoup plus de l'obstétrique que de la neuro-pathologie. L'auteur insiste surtout sur le rôle du foie dans l'éclosion des accidents éclamptiques qui seraient de véritables accidents d'intoxication. Il rattache les vomissements incoercibles à l'éclampsie et se demande quel est, dans cette maladie, le rôle de l'insuffisance thyroïdienne. La théorie bactérienne, mise en avant dès 1886 par Delore, ne saurait, dans l'état actuel de la science, ni être acceptée ni être rejetée en l'absence de démonstration péremptoire ; cependant on n'a jamais signalé la coïncidence chez un même sujet de l'éclampsie et de la fièvre puerpérale ; — ce qui est plus certain, c'est l'insuffisance de la concentration moléculaire de l'urine des éclamptiques avec ou sans albuminurie. Comme traitement, l'auteur préconise l'accouchement provoqué, le régime lacté, la saignée-injection de Claisse, la morphine à la dose de 15 milligr., le chloroforme, la compresse de Priessnitz, les bains chauds, le chloral et l'iodure de potassium. L. Wahl.

XV. — **Affection spastique bulbo-spinale familiale** ; par Ballet et Rosey. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 4.)

Il n'existe pas entre les maladies nerveuses familiales des limites bien tranchées, on rencontre entre les différents types des formes intermédiaires qui conduisent insensiblement de l'un à l'autre. Les auteurs rapportent le tableau clinique d'une affection familiale spasmodique qui tient à la fois de la maladie de Friedreich, de la sclérose en plaques, de l'ataxie cérébelleuse, de la paraplégie spastique familiale. C'est en raison de la ressemblance de leur cas avec ce dernier syndrome qu'ils le désignent sous le

nom, plus général cependant, d'affection spastique familiale, quoiqu'il en diffère par le développement inaccoutumé des phénomènes bulbo-protubérantiels. En fait, les maladies familiales semblent être des entités morbides beaucoup moins délimitées que les maladies non familiales, et dans la plupart la symptomatologie peut être diffuse. Si certains cas répondent à des types isolés, on en trouve d'autres qui font supposer des lésions ou des insuffisances fonctionnelles multiples. Aussi, au lieu de multiplier les types dans la description des maladies familiales, il vaudrait peut-être mieux y distinguer des formes spinale, bulbo-spinale, bulbo-cérébello-spinale. F. T.

XVI. — **Hémispasme facial périphérique** ; par Babinski. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 4.)

Considérations, à propos d'un cas, sur l'origine périphérique probable de l'hémispasme facial. F. T.

XVII. — **Contractions « synergiques paradoxales » observées à la suite de la paralysie faciale périphérique**; par Lamy. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 4.)

S'observent dans les muscles où la contraction volontaire est abolie ; elles seraient dues à la prédominance fonctionnelle de certains filets nerveux voisins, dans les efforts spontanés de suppléance. F. T.

XVIII.— **Deux frères atteints de myopathie primitive progressive** ; par Noica. (*Nouv. Icon. de la Salp.*, 1905, n° 4.)

Cette observation présente quelques particularités intéressantes: début brusque, aigu, douloureux, — rapidité d'apparition de l'impotence fonctionnelle, — invasion simultanée de la paralysie aux quatre membres chez l'un, en deux fois distante de trois ans chez l'autre, — atrophie musculaire sans hypertrophie préalable, — lordose considérable. F. T.

XIX. — **Attitudes vicieuses par contracture hystérique chez les enfants** ; par Broca et Herbinet. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, n° 4.)

L'hystérie infantile est de notion classique actuellement, mais elle est moins facile à diagnostiquer que celle de l'adulte à cause de l'absence habituelle, ou tout au moins de la fragilité des stigmates chez l'enfant; l'hystérie infantile est le plus souvent monosymptomatique: c'est ainsi qu'elle se présente dans les observations de torticolis et de scoliose rapportées par les auteurs de ce travail. A défaut d'expression clinique précise, il faut dépister la névrose en étudiant l'hérédité de l'enfant, son caractère (le caractère hystérique n'est pas un vain mot), l'allure spéciale de l'acci-

dent qui l'amène. D'après Babinski, les caractères de l'accident hystérique sont : la reproduction par suggestion et la disparition sous l'influence exclusive de la persuasion. En outre de ces deux qualités générales, la contracture hystérique en possède d'assez spéciales pour être facilement reconnue : brusquerie avec maximum immédiat de la déformation,—disproportion entre l'importance de la cause occasionnelle et le résultat produit : il n'existe pas de relation entre l'intensité du traumatisme et l'apparition ou la gravité de la contracture ; le trauma lui-même n'est pas nécessaire, agissant simplement comme cause psychique d'excitation sur un terrain « d'opportunité de contracture » (la diathèse de contracture, rare déjà chez l'adulte, est exceptionnelle chez l'enfant) ; la contracture hystérique, quelquefois douloureuse (et dans ce cas on note l'absence de point douloureux), est le plus souvent indolore : c'est là un bon élément de diagnostic, car dans une lésion ostéo-articulaire la contracture est le résultat de la douleur, et celle-ci est bien spéciale ;—exagération de la contracture sous l'influence de l'attention, disparition pendant le sommeil artificiel, quelquefois même dans le sommeil naturel ; bizarrerie, incohérence possible dans les associations des muscles atteints, celles-ci n'obéissant à aucun type fonctionnel déterminé.

Tous ces signes, bien entendu, doivent être corroborés par l'absence constatée de toute lésion osseuse, articulaire ou synoviale. Mais il ne faut point oublier que la contracture hystérique peut être provoquée par un point d'ostéite tuberculeuse : dans ces cas difficiles il faut faire la part de ce qui revient à la lésion organique provocatrice et à la constitution névrosique. F. Tissot.

XX. — **Crises épileptiformes d'origine pleurale** ; par Roch. (*Rev. de méd.*, décembre 1905.)

Mémoire très intéressant dont les conclusions sont appuyées à la fois par des considérations cliniques et par des faits expérimentaux ; ils ouvrent un horizon nouveau sur la question si complexe des crises épileptiformes, de la pathogénie du mal comitial et des affections qui le simulent. D'après l'auteur la pleurésie peut être un agent productif de phénomènes épileptiformes d'une autre origine et en provoquer directement par sa présence même sans intervention probablement par voie réflexe : l'intervention peut d'ailleurs être pour son compte, dans un certain nombre de cas, la cause efficiente des phénomènes convulsifs : on sait d'ailleurs combien est riche la symptomatologie des troubles réflexes dans le décours des pleurésies (par exemple la toux et la mort subite, etc.). Il faut donc, dit Roch, faire figurer l'irritation pleurale inflammatoire à côté de l'irritation pleurale traumatique dans la liste des causes convulsives épileptiformes. L. Wahl.

XXI. — **Le syndrome myoclinique** ; HUCHARD et N. FIESSINGER. (*Rev. de méd.*, octobre 1905.)

Les auteurs définissent, avec Vanlair, la myoclonie : une contraction forcée, brusque, incoordonnée à répétition rapide rythmique ou arythmique, avortée ou suivie d'un déplacement effectif occupant toujours les mêmes parties et résultant d'une alternance entre l'action et le relâchement de certains muscles. Ainsi défini, le syndrome myoclonique comprend les affections suivantes :

Myoclonies localisées.

Myoclonies cervico-faciales.	Forme bénigne.	Tic commun. Tic non douloureux de la face.
	Forme avec phénomènes psychiques : maladie des tics de Gilles de la Tourette et Guinon.	
Myoclonies des membres et du tronc.	Sans mouvements.	Chorée fibrillaire de Morvan. Myoclonies uni ou plurimusculaires.
	Avec mouvements.	a) Chorée supérieure électrique (Hénoch, Bergeron) avec troubles psychiques. b) Spasmes rythmiques de Jaccoud chez les hystériques. c) Formes graves. Chorée électrique de Dubini avec lésions nerveuses.

Myoclonies disséminées.

a) Sans phénomènes hystériques.	Chorée rythmique de Spring. Paramyoclonus multiplex de Friedrech. Myoclonies disséminées rythmiques.
b) Avec phénomènes hystériques.	Myoclonie de Carrière guérissant par suggestion.
c) Avec phénomènes psychiques d'autre ordre.	Chorée rythmique de G. Sée. Chorée variable des dégénérés de Brissaud. Myoclonie type Lemoine.
d) Avec lésions progressives du système nerveux.	Myélite (observation de Raymond).

Ces divers états ne s'accompagnent pas (sauf coïncidences) de troubles de la réflectivité ou de la sensibilité. On ne saurait les

considérer ni comme étant simplement des lésions du muscle, ni comme relevant de névrites : il semble (Friedreich) qu'il y ait soit un trouble fonctionnel des cornes antérieures de la moelle, soit peut être du cortex (Raymond). Le diagnostic en est relativement facile soit avec les lésions médullaires soit avec la chorée vulgaire de Syndenham. Le pronostic varie évidemment suivant les formes. La thérapeutique doit s'attacher aux causes lorsqu'on peut les mettre en évidence, mais elle est en général impuissante. On préconise l'électricité, les nervins ; la suggestion n'a aucune action, sauf dans la forme de Carrière. Au cours de leur travail, Huchard et Fiessinger rapportent une observation très intéressante. L. WAHL.

XXII. — **Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique**; par LANNOIS. (*Nouv, Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 5.)

L'auteur rapporte cette observation pour démontrer une fois de plus le rôle indiscutable de la syphilis dans le développement de certaines amyotrophies où le traitement spécifique produit du reste les plus heureux effets. F. T.

XXIII. — **Exostoses multiples. Contribution à l'étude des dystrophies du cartilage de conjugaison** ; par LAUNOIS et TRÉMOLIÈRES. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 6.)

Apparition dans les premières années de la vie, indolence, symétrie des lésions, siège électif des exostoses au voisinage des épiphyses et en particulier des plus fertiles, tels sont les principaux caractères de la maladie exostosique. Celle-ci est fréquemment héréditaire, et la tuberculose semble jouer un rôle important dans sa production. F. T.

XXIV. — **Contribution à la casuistique des exostoses ostéogéniques ou de développement** ; par SIMONINI. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, n° 6, 1905.)

Huit observations originales à propos desquelles l'auteur établit la nature héréditaire de la maladie exostosique et passant en revue les diverses théories pathogéniques, conclue à l'incertitude de nos connaissances à ce sujet. Il y a lieu de tenir pour notable l'influence de la tuberculose. F. T.

XXV.— **Ophtalmoplégie externe bilatérale congénitale et héréditaire** ; par CHAILLOUS et PAGNIEZ. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 6.)

Histoire clinique d'une famille frappée à trois générations d'ophtalmoplégie, chez les différents membres de laquelle on trouve des stigmates de dégénérescence physique et d'infériorité

psychique. Absence de syphilis dans l'ascendance, rendue plus probable encore par l'évolution d'une syphilis acquise chez le malade de la troisième génération. Les symptômes paralytiques vont s'atténuant de la première génération à la troisième. L'intégrité absolue de la musculature intense de l'œil est un argument sérieux en faveur de l'origine nucléaire de l'ophtalmoplégie.

F. T.

XXVI. — **Une variété nouvelle de myoclonie congénitale pouvant être héréditaire et familiale à nystagmus constant** (*nystagmus-myoclonie* ; par LENOBLE et AUBURBAU (de Brest).

Depuis 1898, les auteurs ont fréquemment observé en Bretagne où la population contient un nombre énorme de dégénérés une affection caractérisée par un nystagmus qui paraît être congénital, ou du moins que se manifeste dès les premiers jours de la vie, qui est fréquemment héréditaire ou familial, qui persiste toute la vie et sur lequel la thérapeutique n'a aucune action, ce nystagmus est constitué par un mouvement de va-et-vient à amplitude toujours égale et qui est variable comme intensité. Il s'accompagne le plus souvent de tremblement ou de secousses musculaires dont le malade a conscience, d'exagération des réflexes patellaires et d'autres réflexes musculaires et parfois de trépidation épileptoïde. Souvent il y a des troubles vasomoteurs qui peuvent aller jusqu'à l'existence du syndrome de Weir-Mitchell. Généralement, les sujets sont des débiles intellectuels, des dégénérés psychiques avec de nombreux stigmates physiques. Ce sont fréquemment des infantiles, parfois ils ont un myxœdème fruste, des tics. On rencontre trois types cliniques. Dans le premier le nystagmus est le seul symptôme ; dans le second, il y a quelques symptômes légers surajoutés, le troisième est la forme grave avec signe de Babins. Il existe des formes complexes avec des complications de toutes sortes ; souvent, la maladie est familiale. C'est une myoclonie car les secousses, quand elles existent, sont incoordonnées, non rythmées ; mais c'est une myoclonie atténuée.

La littérature a le plus souvent méconnu cette affection et à part les observations de Lenoble et Aubineau on n'en peut citer que de rares exemples. Toutes les causes ordinaires de la dégénérescence prédisposent à cette affection ; et semble aux auteurs que la race bretonne y soit tout particulièrement sujette. On en ignore encore actuellement l'anatomie pathologique. (*Revue de méd.*, juin 1906.)

L. WAHL.

XXVII. — **Les réflexes dans l'épilepsie** (*Ibidem*).

Les auteurs donnent les opinions des maîtres sur ce sujet :

Les réflexes sont augmentés passagèrement après l'attaque (L.

Hirt). Après l'attaque, réflexes quelquefois absents, plus souvent exagérés et il y a trépidation épileptoïde (Osler).

Réflexe pat. absent pendant quelques minutes, exagéré au retour, exagération plus durable du côté paralysé ou parésié, c'est-à-dire du côté vers lequel était tournée la tête pendant l'accès (Gowers).

Réflexes cutanés absents immédiatement après l'attaque, réflexes tendineux un peu exagérés, quelquefois diminués ou absents (Strümpell).

Les auteurs ont toujours observé et le réflexe pat. et le réflexe plant. Entre les accès ils sont normaux ; immédiatement après la crise, ils sont exagérés, le plus souvent absents. Dans ce dernier cas, les réflexes réapparaissent rapidement. Dans l'état de mal les réflexes sont souvent très actifs. Dans le post-ictus, suivant la profondeur du coma, les réflexes sont affaiblis ou même absents. Cette variation des réflexes s'explique par une irritation initiale de l'arc réflexe primaire ou secondaire avec parésie de l'appareil inhibitoire. A mesure que les cellules motrices corticales et médullaires se fatiguent, le tonus musculaire nécessaire au réflexe s'affaiblit. Puis petit à petit, ce tonus revient et avec lui le réflexe

Valeur pronostique : L'absence des réflexes indique un épuisement très prononcé et le pronostic est plus défavorable.

FRIEDEL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XIII. — **Des anesthésiques et en particulier de la scopolamine envisagés comme adjuvants à la suggestion hypnotique.** (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 1.)

L'auteur établit dans cette note que l'emploi prudent de la scopolamine (3 à 4 dixièmes de milligr. en injection sous-cutanée) permet de vaincre très facilement les résistances, conscientes ou inconscientes qui, chez certains malades exo ou auto-intoxiqués s'opposent à la production de l'hypnotisme. G. D.

XIV. — **Prophylaxie et traitement des criminels récidivistes** ; par le Dr MOREL (de Mons). (*Journ. de neurologie*, 1906, n° 12.)

Le Dr Morel donne, dans ce travail, sous forme de tableau, les résultats de l'examen au point de vue mental de 68 récidivistes âgés de 18 à 30 ans.

Il répartit ces 68 récidivistes en trois catégories suivant que leur instruction est nulle, rudimentaire ou primaire. Chacune de ces

catégories comprend elle-même quatre groupes : celui des alcooliques qui sont en même temps fils d'alcooliques, celui des alcooliques issus de parents non alcooliques, celui des récidivistes non alcooliques, et enfin celui des récidivistes qui ne sont ni alcooliques, ni fils d'alcooliques.

Les données contenues dans ces tableaux confirment la nécessité tant de fois exprimée, d'organiser sérieusement un service de médecine mentale ou plutôt d'attacher un médecin aliéniste à toute prison de quelque importance, à toute école de réforme, à tout refuge pour mendiants et vagabonds.

En excluant les psychoses proprement dites pouvant prédisposer à la criminalité, on peut affirmer que les affections dénommées : insuffisance mentale, imbécillité, idiotie morale, etc., sont celles qui fournissent le plus fort contingent aux établissements pénitentiaires.

Il y a lieu, en outre, au point de vue de la prophylaxie de la criminalité, de combattre par tous les moyens les progrès croissants de l'alcoolisme, de surveiller étroitement et de soumettre à un traitement spécial tous les enfants issus de parents aliénés, dégénérés, alcooliques, criminels, névrosés, etc. Les établissements médico-pédagogiques, encore insuffisamment connus du public, sont appelés à rendre à ce point de vue les plus grands services : leur développement s'impose si on veut réduire dans de notables proportions la population des écoles de réforme ainsi que des dépôts de mendicité et de vagabondage dont l'organisation devrait, du reste, être radicalement modifiée.

Il ne resterait plus alors qu'à songer à l'hospitalisation des délinquants adultes et particulièrement des récidivistes. Pour cela il n'y aurait qu'à fonder une école de réforme, genre Elmira, à la tête de laquelle devrait être placé un médecin-aliéniste qui seul aurait la compétence nécessaire pour apprécier les résultats obtenus par le personnel éducateur et se prononcer sur l'opportunité d'une libération provisoire ou définitive.

G. Deny.

XV. — **Un cas de tics de la face guéri par la suggestion**; par Mlle Yoteyko (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 1).

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, infantile au point de vue mental, mais non hystérique, qui était atteinte depuis 8 ans de tics localisés au principaux muscles de la face et du cou : clignement des paupières, tension de la bouche, renversement de la tête en arrière, etc. Ces tics tous cliniques, sauf les renversement de la tête en arrière, se produisaient tantôt simultanément tantôt isolément, tantôt sous forme d'accès, tantôt d'une façon continue. Quelques séances de suggestion à l'état de veille firent disparaître très rapidement ces tics, en même temps que les bi-

zarreries de caractère de cette jeune fille. La guérison s'est maintenue depuis 2 ans. G. D.

XVI. — **Propriétés thérapeutiques spécifiques du sérum du sang d'animaux immunisés avec le sérum d'animaux thyroïdectomisés** ; par Ceni et Besta. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1904. Vol. XXX. fasc. II-III.)

Les expériences ont porté sur douze chiens auxquels on pratiqua l'ablation partielle, ou totale de la glande thyroïde, avec injection consécutive de sérum de sang de lapin ou de chèvre immunisés. De ces expériences, il résulte avec évidence que d'une façon manifeste et presque constante, les phénomènes aigus de la cachexie strumiprive chez le chien (dyspnée, contracture musculaire, etc.) cessent rapidement et d'une façon pour ainsi dire instantanée à la suite de l'injection de sérum du sang de lapin ou de chèvre immunisés contre le sérum des chiens thyroïdectomisés et saignés pendant les manifestations des phénomènes aigus de la cachexie strumiprive. J. Séglas.

XVII. — **Les propriétés toxiques de l'aspergillus fumigatus en rapport avec les saisons de l'année** ; par Carlo Ceni. (In *Rivista sperimentale di freniatria*. Vol. XXX. fasc. 1.)

Pour cet auteur, l'aspergillus fumigatus aurait la propriété d'élaborer ensemble deux principes toxiques, ayant des caractères convulsivants et tétanisants, extractibles par l'alcool, et en rapport avec les saisons de l'année ; les autres principes, qui ne sont ni convulsivants, ni tétanisants et ne sont pas extractibles par l'alcool sont liés à la structure intime du parasite. J. S.

XVIII. — **Contribution au traitement de l'épilepsie par la méthode de Ceni** ; par Giovanni Tieugo. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*. Vol. III. fasc. II. III.)

Les injections de sérum de Ceni ont été essayées dans six cas d'épilepsie, cas très graves, soit par la fréquence des accès, par leur intensité, soit par la longue persistance des phénomènes psychiques.

Il y a eu des avantages tant pour la condition générale des malades que pour les phénomènes épileptiques ; l'amélioration des conditions générales s'est surtout révélée par une augmentation de poids ; de plus, les injections de sérum ont diminué le nombre des accès et des vertiges épileptiques.

J. Séglas.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. — **Réforme pénale au point de vue anthropologique et psychiatrique**; par le Dr Van Hamel (d'Amsterdam). (*Journ. de neurologie*, 1906, n° 8.)

Le point capital de la réforme pénale proposée par l'auteur consiste dans l'institution d'une consultation de médecins-psychologues à la base de toute procédure criminelle ou administrative. Cette consultation sera motivée : 1° par la nature de l'acte ou la nature de l'individu telles qu'elles se révèlent dans le cours des informations ; 2° par la nature de la mesure sur l'application de laquelle le juge ou les autorités administratives délibèrent. En outre, lorsqu'il s'agit de mesures de santé, de mesures de guérison et même de discipline sévère au-dessus d'une certaine durée (par exemple un emprisonnement de plus de 6 mois), cette consultation serait obligatoire.

G. Deny.

II. — **Le cas Olivo. Meurtre d'une femme sans motifs. Dissection et dispersion des fragments du cadavre. S'agit-il d'un épileptique** ; par Tamburini. (In *Rivista sperimentali di Freniatria*, 1904. Vol. XXX. fasc. II-III.)

Discussion d'un crime ayant intéressé les habitants de la région, à la suite duquel le criminel fut interné et soumis à l'examen médical de plusieurs aliénistes. J. Séglas.

III. — **Le cas d'Angelo. Mort en prison à la suite d'une détention très courte. Suspicion de violence. Délire aigu** ; par Amante, Bignami, Borri, Impallomeni, Ottolenghi. (In *Rivista sperimentale di freniatria*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

Les auteurs publient cette observation, d'abord parce qu'elle peut avoir un intérêt tout particulier au point de vue de la médecine légale de l'aliénation mentale ; ensuite parce que les circonstances obscures dans lesquelles s'était produit ce décès avaient eu un grand retentissement dans toute la région.

J. Séglas.

IV. — **Apoplexie tardive traumatique, son importance au point de vue médico-légal**; par Pierre Marie et Crouzon. (*Rev. de méd.*, n° de mai 1905.)

On doit désigner sous ce nom les accidents cérébraux apoplectiformes survenant plus ou moins tardivement après un traumatisme cranien. L'étude en est récente : on ne la trouve guère décrite que depuis la promulgation des lois relatives aux accidents

du travail : Bollinger, Michel, Kol, Brums, Stadelmann, Kraun Bernhard et enfin un cas personnel a l'auteur. Un cocher de 50 ans, tamponné par un tramway à vapeur fut frappé d'hémiplégie droite avec aphasie et albuminurie six jours après l'accident. Plus tard il eut des crises d'épilepsie urémique et une hémorragie rétinienne à droite et même du myosis double. La lésion anatomique est une hémorrhagie cérébrale due probablement à un thrombus.

L. Wahl.

BIBLIOGRAPHIE

III. — *Contribution à l'étude des psychoses d'insolation* ; par Meignié. (*Thèse de Bordeaux*, 1905-1906, n° 94.)

Les psychoses d'insolation existent réellement et revêtent la forme de confusion mentale sous l'une quelconque de ses variétés, délire onirique, délire hallucinatoire aigu, délire aigu, syndrome paralytique. Elles se présentent donc cliniquement comme des psychoses d'intoxication, ce qui confirme la pathogénie toxique de l'insolation, aujourd'hui généralement admise. L'amnésie (lacunaire, rétrograde et de fixation) y est souvent profonde et prédominante, comme dans la psychose de la polynévrite et de l'éclampsie.

Les cas de psychoses consécutives à l'insolation peuvent être divisées en deux catégories :— a) ceux dans lesquels l'insolation est le facteur unique ou essentiel : ce sont les vraies psychoses d'insolation ; — b) ceux dans lesquels l'insolation est cause occasionnelle avec, en particulier, l'alcoolisme, le paludisme, la syphilis : ce sont les psychoses à l'occasion d'une insolation.

Dans nos pays, les psychoses d'insolation pures sont rares : on y constate surtout les psychoses mixtes d'insolation et d'alcoolisme. Aux colonies, on rencontre assez fréquemment soit les psychoses d'insolation pure, soit les psychoses d'insolation et de paludisme combinés.

J. Abadie.

0000. — *Rapport médical sur l'asile départemental d'aliénés de Sainte-Catherine à Yzeure* (Allier) ; par le Dr Monestier. (Fudez frères, Moulins). —

	H.	F.	D.S.
Existants au 1er janvier 1905	399	337	736
Admis pendant l'année 1905	83	66	149
Totaux des existants et des admis (population traitée)	482	403	885

Sortis pendant l'année 1905.....	40	44	84
Décédés pendant l'année 1905.....	42	29	71
Totaux des sortis et des décédés.....	82	73	155
Restants au 31 décembre 1905.....	400	330	730

M. Monestier donne le mouvement de la population pendant la période décennale 1896-1905. L'année 1905 paraît marquer un temps d'arrêt dans la progression toujours croissante depuis six ans de la population internée : l'effectif masculin reste sensiblement stationnaire (400 au lieu de 399). la population féminine a diminué de 7 unités (330 au lieu de 337). Rappelons pour mémoire que la brusque augmentation constatée à partir de 1902 s'explique par l'admission depuis cette date des aliénés transférés des asiles de la Seine ou des colonies familiales de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château.

A propos des *admissions*, il fait remarquer que, conformément à la règle, ce sont les *célibataires* qui ont fourni le plus grand nombre d'entrées. Il signale 22 malades âgés de plus de *60 ans*, qui, dit-il, pourraient être avantageusement conservés dans les hospices de vieillards. Leur admission dans les asiles est souvent justifiée cependant par des périodes d'excitation, au cours desquelles ils troublent le sommeil des autres et ont quelquefois des impulsions violentes. Les mois les plus chargés sont mai et juin.

Sortis pour guérison : 28 ; par amélioration : 26. Suivant la règle, la guérison a été obtenue dans tous les cas, sauf deux, pendant la première année de l'internement. Du tableau comparatif, il résulte que la mortalité s'éleva brusquement en 1898 à un taux très élevé. La cause de ce fait réside tout entière dans l'invasion à cette date de la fièvre typhoïde, qui, depuis lors a pris droit de cité dans l'établissement.

La *mortalité par tuberculose* (1896-1905) a été la suivante :

1896.....	2	1901.....	12
1897.....	2	1902.....	6
1898.....	11	1903.....	6
1899..	10	1904.....	3
1900.....	16	1905.....	1

M. Monestier donne une description détaillée de l'*épidémie de fièvre typhoïde* à laquelle il attribue une origine hydrique, et termine par les réflexions suivantes :

« La fièvre typhoïde a paru, dans deux cas, exercer une influence heureuse sur l'état mental de deux de nos malades : un accès maniaque, d'origine puerpérale, a été nettement jugulé dès les premiers jours de l'infection et ne s'est plus reproduit après gué-

rison de la dothiénentérie : d'autre part une mélancolique anxieuse tira de sa fièvre typhoïde un tel profit qu'elle put sortir deux mois après en avoir été atteinte, en parfait état, tant physique que moral. Il va sans dire qu'il s'agissait dans les deux cas de malades dont l'affection mentale était récente et il est à peine besoin d'ajouter qu'aucun de nos vieux chroniques n'a retiré pareil bénéfice de l'infection.

« Suivant la règle, nous avons toujours vu la fièvre typhoïde suspendre, pendant toute sa durée, les attaques convulsives des épileptiques ; leur réapparition marquait en général le début de la convalescence et elles se reproduisaient ensuite comme par le passé. Nous avons cru remarquer cependant que, dans quelques cas tout au moins, l'épilepsie se montrait plus sévère après une atteinte de dothiénentérie ; nous faisons allusion à 3 observations qu'il nous a été donné de recueillir d'épileptiques succombant en état de mal peu de temps après leur fièvre typhoïde, alors qu'ils n'avaient jamais présenté antérieurement d'attaques subintrantes ou qu'ils y avaient résisté victorieusement. Si cette vue était par la suite reconnue exacte, il nous semble qu'elle ne serait pas sans intérêt. Remarquons enfin que, sur plus de 120 cas de fièvre typhoïde dont nous possédons actuellement les observations, aucun ne se rapporte à des paralytiques généraux : c'est la seule catégorie de malades que nous ayons vue ainsi totalement épargnée. »

Nous remarquons avec plaisir que le rapport médical est fait en collaboration avec le médecin-adjoint, M. le Dr Vernet.

ASILES D'ALIÉNÉS

I. — Recrutement des médecins des asiles.

Le recrutement des médecins des asiles publics d'aliénés vient d'être réglé, par un décret présidentiel du 1er août 1906, dont voici la teneur :

Art. 1er. — Les médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés par le concours annuel, ayant lieu à Paris dans le premier trimestre de chaque année.

Art. 2. — Les candidats devront êtres Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus le 1er janvier qui précède le concours.

Ils devront justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traite-

ment de l'aliénation mentale, soit comme chefs de cliniques ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3.— Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, désigné par le ministre, président ;

2° Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'intérieur sur une liste de trois noms présentés par la faculté de médecine de Paris ;

3° Deux professeurs titulaires de facultés de médecine de l'Etat, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales en exercice dans les mêmes facultés ;

4° Trois directeurs-médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton, exerçant ces fonctions depuis au moins trois ans ;

5° Enfin un juré suppléant pris parmi les directeurs-médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'intérieur sur la proposition du comité des inspecteurs généraux ; les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés différentes.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. Cependant pour l'application de cette dernière règle, il ne sera pas fait état du juré visé au paragraphe 2 du présent article. En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

Art. 4.— Les épreuves seront toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général président. Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points est de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il

sera accordé deux heures. Le maximum des points sera de 10. Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise. Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat, et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres : le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques. Ces épreuves sont éliminatoires.

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition. Le maximum des points sera de 20.

5° Une épreuve clinique orale. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné, y compris le temps de réflexion et vingt minutes d'exposition. Le maximum des points sera de 20.

6° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médical et au point de vue médico-légal. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite. Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury qui détermine notamment les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est annuellement fixé par l'arrêté indiquant la date du concours. Le jury est constitué avant l'ouverture des inscriptions de candidatures.

Si le ministre de l'intérieur estime qu'étant données les vacances déclarées et les vacances à prévoir, il n'aura pas à pourvoir à plus de deux postes au cours de l'année, il peut, par dérogation à l'art. 1er du présent décret, décidé, par arrêté publié au *Journal Officiel* avant le 1er janvier, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année considérée.

Art. 6. — Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus aux concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

Le médecin adjoint reçu au concours doit occuper sans retard le poste qu'il lui est désigné par le ministre de l'intérieur, s'il refuse l'emploi qui lui est offert, il est mis en disponibilité et il est fait appel aux médecins adjoints reçus après lui ; lorsque la liste du concours de l'année est complètement épuisée, il est in-

vité de nouveau à prendre possession du poste qui se trouve vacant : s'il refuse, il ne pourra être replacé qu'après les médecins-adjoints reçus au concours de l'année suivante.

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, dans le délai de cinq ans après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination. C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services.

En conformité des décrets des 19 octobre 1894 et 14 avril 1905, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chefs et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont établis ainsi qu'il suit :

CADRES	TRAITEMENTS	
1° *Directeurs-médecins*		
Classe exceptionnelle	8000	fr.
1re classe	7000	»
2e classe	6000	»
3e classe	5000	»
2° *Médecins en chef*		
Classe exceptionnelle	8000	fr.
1re classe	7000	»
2e classe	6000	»
3e classe	5000	»
Médecins adjoints		
Classe exceptionnelle	4000	fr.
1ee classe	3500	»
2e classe	3000	»

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage). — Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir : aux directeurs-médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure : aux médecins adjoints, après deux ans au minimum dans la classe précédente.

II. — **La loi sur les asiles d'aliénés**; par TAMBURINI. (In *Rivista sperimentale di freniatria*, 1904. Vol. XXX, fascicule 1.)

Il s'agit de la nouvelle loi italienne sur les asiles d'aliénés, et dont les principaux avantages sont les suivants : fixation et limitation à un nombre fixe et uniforme des admissions et des sorties des aliénés dans les asiles ; consécration de l'autorité suprême du

médecin directeur sur l'organisation intérieure de l'asile ; uniformité des règlements dans les divers asiles.

On trouve ensuite le détail de la discussion de cette loi, et la relation parlementaire du professeur Bianchi. J. Séglas.

II. — **La réforme des asiles d'aliénés en Belgique** ; par le Dr Morel (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, février 1905.)

Les principaux éléments de ce travail sont empruntés au remarquable rapport de M. Sérieux *sur l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, que tous nos lecteurs connaissent et sur lesquels il est par conséquent inutile de revenir. L'auteur adopte complètement les idées de notre collègue et les renforce par une série de notes relatives à l'organisation des asiles hollandais, anglais, écossais, etc.. et conclut en demandant : 1° la réorganisation du service médical des asiles d'aliénés belges au point de vue du recrutement et des attributions des divers éléments du personnel médical ; 2° le perfectionnement de l'outillage matériel et moral des asiles, par l'assimilation des progrès réalisés en dehors de nos frontières ; 3° l'institution de délégations analogues à celles créées par le Conseil général de la Seine. qui iront étudier sur place les progrès et les perfectionnements réalisés dans les pays étrangers. G. Deny.

VARIA

Etablissements de sourds-muets et de jeunes aveugles.

Paris, le 31 juillet 1906.

Le Ministre de l'Intérieur à MM. les Préfets,

Dans de récentes circulaires, je vous ai entretenu de la situation des enfants anormaux en France. Parmi eux, les sourds-muets et les jeunes aveugles, qui dépendent entièrement de mon administration, doivent attirer votre attention d'une manière toute spéciale. Il résulte des dernières statistiques que les établissements actuellement existants sur le territoire de la République peuvent admettre tous ceux de ces enfants qui sont âgés de 9 à 13 ans, cet âge étant celui où ils sont reconnus le plus aptes à profiter de l'enseignement spécial qu'ils sont appelés à recevoir. Il appartient, en conséquence, aux familles qui ont les ressources nécessaires de contribuer au paiement du prix de la pension, aux départements, aux communes et aux associations charitables,d'accorder des bourses ou des fractions de bourses pour assurer le placement de tous ces enfants, autant que possible dans

les établisements de la région à laquelle ils appartiennent. Beaucoup de parents, qui pourraient participer à cette dépense, bénéficient de la gratuité complète. Or, il est de toute nécessité qu'ils contribuent, dans la mesure de leurs moyens, au paiement du prix de la pension.

De son côté, l'Etat, qui s'impose pour ces enfants de gros sacrifices, est en mesure d'en recevoir un grand nombre dans les institutions nationales et, à ce sujet, je vous rappelle que mon administration continuera, comme par le passé, à accorder des fractions de bourse aux familles réellement nécessiteuses, à la condition que la fraction complémentaire et le prix du trousseau soient garantis par la famille, par le département, par la commune ou par une œuvre charitable.

La somme la plus réduite, qui devra être votée par les collectivités qui s'associeront dans ce but, pour assurer le placement d'un enfant aveugle ou sourd-muet, devra être : à Paris (jeunes aveugles des deux sexes) de 600 à 300 fr. par an au minimum ; à Paris (sourds-muets), de 700 à 350 fr. par an ; à Bordeaux (sourdes-muettes), de 500 à 250 fr. par an ; à Chambéry (sourds-muets des deux sexes) de 500 à 250 fr. par an.

Les frais de trousseau qui sont :

De 400 fr. à l'Institution des sourds-muets de Paris,
De 320 fr. à l'Institution des jeunes aveugles de Paris,
De 300 fr. aux Institutions de sourds-muets de Bordeaux et de Chambéry,

seront à la charge de la famille lorsqu'ils ne seront pas garantis par l'autorité administrative qui a concédé la fraction de bourse départementale ou communale.

Le prix de la pension entière est de : 1400 fr. à l'Institution des sourds-muets de Paris. — 1200 fr. à l'Institution des jeunes aveugles de Paris. — 1000 fr. à l'Institution des sourdes-muettes de Bordeaux. — 800 fr. à l'Institution des sourds-muets de Chambéry. Ce prix pourra être réduit à la demande des familles intéressées et en tenant compte de leur situation.

Dans les quatre institutions nationales, la durée des études est de 8 ans ; dans celles de Paris et de Bordeaux, il existe, en outre, une section enfantine où les jeunes sourds-muets ou sourdes-muettes peuvent être admis de 6 à 9 ans.

Les pièces à produire pour les établissements nationaux d'aveugles et de sourds-muets sont : 1° un extrait de l'acte de naissance ; — 2° un certificat médical délivré par un médecin délégué par le Préfet ou le Sous-Préfet et constatant que la *cécité ou la surdi-mutité* est complète et ne paraît pas curable ; que l'enfant a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole ; qu'il n'est point épileptique ; qu'il n'est affecté d'aucune maladie contagieuse ou de scrofules au 2e degré ; qu'il jouit de la pléni-

tude de ses facultés intellectuelles et qu'il est apte à tous les travaux dont *les jeunes aveugles* ou *les jeunes sourds-muets sont capables* ; — 3° Un certificat du maire constatant que les parents ne peuvent subvenir aux frais d'éducation de leur enfant ; — 4° Un extrait du rôle des contributions directes délivré par le percepteur en ce qui concerne le postulant.

D'autre part, vous me trouverez disposé à accorder dans les autres établissements réservés à l'éducation spéciale et à l'enseignement professionnel des enfants sourds-muets ou aveugles, des fractions de bourse dans la limite des crédits qui seront votés à cet effet par le Parlement.

Je vous recommande l'insertion de cette circulaire au *Bulletin* des actes administratifs de votre département, et je vous prie d'en entretenir le conseil général lors de sa prochaine session. Pour le Ministre de l'Intérieur : le Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, MIRMAN.

CELLULES DE L'HOSPICE DE SAINT-OMER.

Il est un certain quartier de la ville de St-Omer, dit le *Petit Nord* du 8 août, où, certes, le repos est bien difficile à goûter. Nous avons cherché et voici ce que nous avons pu entendre. A l'Hôpital Saint-Louis, un local est affecté aux malheureux atteints d'aliénation mentale en attendant que l'on statue sur leur cas. Or, ce local, par deux petits grillages, donne sur la rue des Jardins. Un malheureux qui est enfermé depuis quelques jours dans ce bâtiment empêche par ses cris perçants de dormir les infortunés voisins. Ceux-ci ne cessent de se lamenter. On le conçoit sans peine. N'y aurait-il pas, dans l'intérieur de l'établissement, un autre local où pourrait être enfermé ce malheureux ? Cela dure depuis une dizaine de jours. Nous en avisons l'administration qui, nous n'en doutons pas, fera le nécessaire dans l'intérêt de ce paisible quartier ouvrier.

FAITS DIVERS

Suicide d'un alcoolique. — On a découvert dans l'étang du Désert, longeant le chemin de grande communication d'Ermenonville à Senlis, le cadavre du nommé Armand Maison, âgé de 55 ans, manouvrier à Ermenonville qui, ayant reçu des reproches de sa femme, dit : « Je ne m'enivrerai plus et vous ne me verrez plus ». L'alcoolique avait tenu parole en se noyant dans le dit étang. (*Semeur de l'Oise*, 13 juillet.)

ALCOOLISME. — *Suicide.* — Charles Mansard, 64 ans, manouvrier à Balagny-sur-Thérain, qui avait déjà tenté de se suicider

trois fois, ne s'est pas raté la quatrième en se pendant dans sa grange. C'était un alcoolique incurable.

Suicide. — Intrigué de ne pas voir sa voisine la veuve Hévin, 65 ans, ménagère, qui depuis quelque temps avait des dérangements cérébraux, M. Dauville, marchand de vins, fit part de son étonnement à M. Delille, conseiller municipal. Tous deux décidèrent aussitôt de pénétrer dans l'habitation. Dans les bâtiments de la cour et dans les pièces composant le logement, ils ne trouvèrent personne, mais en montant au grenier ils aperçurent la veuve Hévin pendue par une petite ficelle à un chevron de la toiture. La mort remontait déjà à plusieurs heures. Le suicide n'a étonné personne, car Mme Hévin avait déjà voulu se suicider en se jetant dans la rivière, mais elle ne put réussir. De plus elle s'adonnait un peu à la boisson (*Semeur de l'Oise*, 10 juillet.)

Un meurtrier de onze ans. — Au cours d'une querelle, le jeune André Gourson (d'Amiens) âgé de onze ans, a tué d'un coup de couteau dans l'aîne son camarade Albert Bodin, âgé de quinze ans. Après avoir soutenu que son camarade s'était enferré lui-même sur son couteau, André Gourson a avoué ; le Parquet l'a fait écrouer. (*Petit Var*, 2 septembre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Rouma (G.). — Enquête scolaire sur les troubles de la parole chez les écoliers belges. In-8° de 190 pages. W. Engelmann à Leipzig.

Saquet. — Traitement des tumeurs blanches par le massage léger et la mobilisation prudente. In-8° de 12 pages.

Scarano (L.). — La leva militare dal punto di vista morale. In-8° de 60 pages. Enrico Woghera.

Shepherd Ivory Franz. — *The time of some Mental processus in the retardation and excitement of insanity.* In-8° de 12 pages. Mc Lean Hospital, Waverley, Mass.

Shepherd Ivory Franz. — *The effects of exercise upon the retardation in conditions of depression.* In-8° de 20 pages American Journal of Insanity.

Thooris. — Les dacryocystites par fracture du canal oculo-nasal. In-8° de 56 pages. Imp. Le Bigot, à Lille.

Weber (H.). — On means for the prolongation of life. In-8° de 104 pages. J. Bale et Sons à London.

Wickman (I.). — Studien über Poliomyelitis acuta. 1 vol. In-8° de 292 pages. Karger à Berlin.

William R. Gouvers. — A lecture on the dystrophy of tabes and the probleme trophie merves. In-8° de 10 pages.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vo'. XXII. Octobre 1906. N° 130

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE

La Folie Gémellaire ;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef de Ville-Evrard.

Il faut entendre par folie gémellaire une folie qui éclate *exclusivement* chez *quelques-uns* et *quelques-unes* seulement parmi les *jumeaux* et les *jumelles* et se manifeste dans des conditions particulières qui font d'elle une espèce spéciale, absolument distincte de la folie qui frappe les autres jumeaux et les autres jumelles. Malheureusement, depuis ces derniers temps, les psychiatres *de tous les pays* manifestent la tendance fâcheuse, que rien ne saurait ni justifier ni expliquer, de réunir sous le même nom, la même désignation, des phénomènes psychiques qui sont absolument différents les uns des autres et, qui plus est, de les assimiler. Ils sont en train maintenant de poursuivre leur œuvre néfaste en réalisant, pour la contagion mentale et la folie gémellaire, la confusion très regrettable qu'ils ont réussi à créer pour la démence précoce.

I. — M. Kraepelin commença par englober et décrire sous le nom de « *démence précoce* » *toutes les folies dégénératives* qui, si elles sont très sujettes à rechute, sont aussi précisément parmi les plus curables, se montrent à tout âge et offrent cette particularité, quand par exception elles ne guérissent pas, de ne jamais aboutir à la déchéance intellectuelle, de telle sorte que ces malades qui sont *déments*, d'après cette théorie, c'est-à-dire atteints d'un affaiblissement mental lié à la destruction des cellules cérébrales intellectuelles, guérissent, au dire de M.

Kraepelin lui-même, dans la proportion de plus d'un tiers et dans celle de plus des deux tiers au dire de M. Masselon, se rétablissent assez pour rentrer dans le monde et reprendre la lutte pour la vie. En outre, le mal est appelé *précoce*. il l'est tant, en effet, que mon éminent collègue de Ville-Evrard, M. Sérieux, qui est un de ses plus distingués et de ses plus ardents défenseurs, déclare l'avoir rencontré, comme beaucoup d'autres de ses partisans, surtout chez la femme, au moment de la ménopause, à la cinquantaine. Or la folie gémellaire, elle aussi, éclate à tout âge et relève presque toujours non seulement d'une prédisposition héréditaire commune aux deux jumeaux, mais d'une hérédité très lourde, très chargée, transmise très souvent tant par le père que par la mère ; il en résulte que les vésanies des deux jumeaux sont des folies dégénératives et que, par conséquent, la folie gémellaire rentre de plein droit, d'après l'école allemande, dans la démence précoce, bien qu'elle soit très curable et qu'elle arrive parfois assez tard. Or rien de plus faux, verrons-nous.

Il n'est pas douteux que nos vieux maîtres du siècle passé n'auraient pas pris la chose au sérieux et en auraient ri de bon cœur : mais étant donné la tendance fâcheuse que nous avons signalée, le succès au contraire fut, non pas en Allemagne seule, mais partout, si considérable que M. Kraepelin estima qu'il avait bien tort de s'arrêter en si beau chemin et il s'est empressé d'ajouter aux folies dégénératives *toutes les folies simples* ; toutes les manies avec toutes les lypémanies furent appelées, elles aussi, démence précoce. Dès lors, que la folie gémellaire fût ou non dégénérative, elle en devenait encore une. En réalité, il n'y a qu'une seule vraie démence précoce c'est la nôtre, la démence précoce française qui, ainsi que nous l'avons établi dans notre récent article du *Journal de Neurologie*, éclate toujours à l'adolescence, de 15 à 25 ans au plus tard, soit d'emblée, soit survenant en quelques mois ou même en quelques semaines comme l'a établi M. Christian dans son remarquable mémoire de 1900, à la suite d'une vésanie quelconque n'offrant rien de particuler que cette arrivée foudroyante de la déchéance mentale due à la faible résistance du cerveau qui n'a en-

core acquis ni tout son développement, ni toute sa force de résistance. Cette démence précoce qui est la seule vraie, la seule à conserver, est celle qui se rencontre parfois dans la folie gémellaire, laquelle peut revêtir, en effet, toutes les formes mentales et dont les caractères spéciaux, dont nous parlerons dans un instant, ne proviennent pas du délire.

Si la folie gémellaire est absolument en dehors de la démence précoce de M. Kraepelin, elle n'a non plus aucun rapport avec la contagion mentale de laquelle certains voudraient la faire dériver. Il est expliqué dans le dernier ouvrage paru sur la question ! volume signé de deux aliénistes forts distingués : M. Vigouroux et M. Juquelier, et qui se lit non seulement avec vif plaisir, car il est bien rédigé, mais encore avec grand profit, car il est très richement documenté, les auteurs déclarent en toute franchise dès les premières pages que sous le titre de « contagion mentale », ils se proposent d'étudier la contagion des actes réflexes, des états émotifs, des perceptions, des sentiments, des mouvements volontaires, des idées, des croyances, c'est-à dire de toutes les manifestations de l'activité de l'axe cérébro-spinal et ils en fournissent comme raison que les plus hautes fonctions de l'écorce, celles que nous qualifions proprement de *mentales* se relient par une dégradation insensible aux plus humbles fonctions de la moelle ; physiologiquement, ils estiment qu'il n'y a pas entre elles de lignes de démarcation bien tranchée et puis qu'elles sont en réalité inséparables, ils ne doivent pas les séparer.

On peut tout rattacher à la contagion mentale avec la vaste définition de nos deux éminents collègues, qui est bien l'expression complète de la fâcheuse tendance que nous signalons et contre laquelle nous protestons. Il n'est donc pas étonnant qu'ils y rattachent la folie gémellaire ; ceux qui, comme nous, restent fidèles à la vieille définition du terme ne sauraient les approuver et nous espérons établir que la seule, la vraie contagion mentale, ne joue aucun rôle dans la folie gémellaire.

II. — Au professeur Ball revient le mérite d'avoir nettement établi que parmi les vésanies qui frappent les

jumeaux et les jumelles il en est une *très rare*, qui, par exception éclate dans des conditions spéciales, conditions qu'on ne constate jamais chez les frères, et les sœurs qui deviennent fous et folles quand ils ne sont ni jumeaux, ni jumelles. Ce ne sont donc pas tous les jumeaux ni toutes les jumelles qui sont dans ce cas, lequel, au contraire, nous le répétons, est exceptionnel ; dans sa leçon, ce professeur n'a rapporté qu'un cas, et nous aussi, en *trente ans* de pratique, nous n'en avons observé qu'un, que nous décrivons plus loin. Par conséquent dans la presque totalité des cas, quand les jumeaux et les jumelles perdent la raison, ils ou elles, la perdent comme la perdent les frères et les sœurs qui ne sont pas de la même gestation, mais proviennent du même lit, quand toutefois par hasard on rencontre au contraire le type isolé par Ball, on n'a pas besoin d'aller aux renseignements, car on peut avoir la certitude absolue que les deux malades sont des jumeaux et des jumelles. C'est seulement à ces cas exceptionnels, pour les bien isoler et distinguer, qu'il faut réserver le nom de *folie gémellaire*; les autres cas, qui se présentent chez des frères ou des sœurs, qui soient ou ne soient pas jumeaux et jumelles, rentrent simplement dans le groupe général des folies familiales puisqu'ils n'ont rien de particulier, *ni les uns ni les autres* : groupe trop négligé des psychiatres et sur lequel M. Trenel a appelé dernièrement l'attention par une très intéressante et très belle communication à la Société médico-psychologique. C'est donc bien à tort qu'on englobe sous le nom de folie gémellaire toutes les psychoses des jumeaux et des jumelles.

Le distingué aliéniste se plaint, et il a raison de se plaindre, que la notion d'hérédité familiale, qui actuellement a une si grande importance en neurologie, paraît être moins bien définie en pathologie mentale ; que le terme même y est peu employé. Et c'est très fâcheux, car si la question avait été mieux étudiée on n'aurait pas donné indifféremment le nom de folie gémellaire à toutes les vésanies qui frappent les jumeaux et les jumelles puisque nous venons de voir que, dans la presque totalité des cas, ces vésanies ne diffèrent en rien de celles qui éclatent chez les frères et les sœurs nés de couches successives ; or, par

suite de cette négligence de l'étude des maladies mentales familiales, nombreux sont encore les aliénistes qui, malgré le mémoire si probant de Ball, continuent la confusion. Aussi M. Trenel est-il encore dans le vrai quand il ajoute que la folie gémellaire depuis longtemps signalée n'est en somme qu'une *forme spéciale* de psychose familiale, la manifestation *la plus simple* à la fois et *la plus parfaite* de ce mode d'hérédité, mais il trouve qu'elle semble n'avoir attiré l'attention qu'en raison de sa singularité même et de sa rareté et qu'elle a été décrite à part comme un fait bizarre et curieux, plutôt que comme une forme morbide particulière. Or la vraie folie gémellaire, la seule à laquelle il faudrait conserver ce nom, devient une forme particulière, sinon par les troubles intellectuels qui la constituent et qui peuvent être n'importe quelle vésanie, du moins par les trois conditions signalées par le Professeur Ball. Quelles sont donc ces trois conditions ?

Ces trois conditions sont : 1° spontanéité du délire chez les deux sujets qui deviennent aliénés tout d'un coup sans aucune cause perturbatrice expliquant cette explosion délirante ; 2° simultanéité de l'explosion des accidents en dehors de toute action de contact, car les sujets vivent non seulement séparés, mais encore très éloignés l'un de l'autre et ne se voient même pas ; 3° parallélisme non seulement des hallucinations et des conceptions délirantes, mais encore de l'évolution de la psychose, avec, malgré l'éloignement considérable des deux malades, coïncident de toutes les manifestations de cette évolution, des crises de rémission et d'exacerbation, d'agitation et dépression, des actes morbides tels que violence, tentative de suicide, refus d'alimentation ; etc.

La première condition réalise une véritable exception en pathologie mentale. En effet, dans nos deux mémoires, publiés l'un par *le Journal de Neurologie* sur la « *Prédisposition en Etiologie mentale* », l'autre, par la *Revue de Psychiatrie* sur les « *Rapports de la prédisposition et des causes directes* », nous avons établi que celles-ci sont aussi importantes et aussi nécessaires que celle-là, car pour engendrer une psychose, il est indispensable qu'elles coopèrent et que la prédisposition soit fécondée et mise en travail par un élément occasionnel.

Et à cette occasion nous avons rappelé l'appréciation très exacte de M. Toulouse qui, dans son beau volume *Sur les causes de la folie*, a traité avec un grand talent et une grande exactitude cette délicate question. La prédisposition qu'est-elle ? se demande l'éminent aliéniste de Villejuif, sinon une aptitude, une tendance qui sollicite de se réaliser et qui ne peut le faire que si d'autres conditions tout aussi nécessaires sont données. Elle n'est, à son avis, que nous partageons, qu'une force vague, indéfinie, qu'il faut actionner pour mettre en valeur. Or dans la vraie folie gémellaire, il n'est pas possible de trouver cette cause directe ou occasionnelle nécessaire à la mise en branle de l'aptitude délirante. Pas de misère, pas de chagrin, pas d'inquiétude, pas de traumatisme, pas d'infection. Sans doute, on constate des troubles intellectuels chez des jumeaux et des jumelles qui sont très malheureux, qui souffrent de misères et de chagrins ou qui reçoivent un choc moral brusque et douloureux, comme la perte d'un être chéri, mère, père, ou encore d'une fortune qui les faisait vivre heureux et tranquilles, mais alors la folie qu'ils ou qu'elles présentent n'est pas la vraie folie gémellaire, c'est une folie familiale quelconque, le plus souvent très différente à tous les points de vue chez les deux.

Nous avons donc raison de dire que la folie gémellaire réalise une exception ; toutefois s'il n'est pas possible de lui trouver une cause directe perturbatrice, il semble résulter, des quelques observations publiées qui la concernent véritablement, qu'elle a des rapports avec le fonctionnement des organes génitaux.

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, elle n'est pas rare chez celle-là au moment des règles, à la ménopause, ou durant la grossesse, comme dans notre unique cas rapporté plus loin ; dans les deux sexes, elle semble avoir une tendance à se montrer au moment de la puberté, vers 14 ou 15 ans. Mais les observations sont encore trop rares pour permettre d'asseoir une conviction, et puis ce ne serait jamais là que des éléments physiologiques qui ne porteraient aucune atteinte à la formule de spontanéité de Ball et la psychose résulterait toujours du seul fonctionnement régulier de l'organisme.

Dans la seconde condition est spécifiée la nécessité de

l'éloignement des sujets ; il faut même qu'ils ne se voient pas du tout, car l'éclosion au même moment ne serait plus de la folie gémellaire, mais une folie familiale à deux, forme simultanée de Régis. Dans la vraie gémellaire, la seule à laquelle doit être conservé ce nom, la psychose éclate le même jour, alors même que l'un des sujets est à Gibaltrar et l'autre à Saint-Pétersbourg. Le savant aliéniste de Bordeaux a démontré, en effet, depuis 1879, que des frères et des sœurs, sans même être jumeaux ni jumelles, à plus forte raison, dirons-nous, s'ils le sont, sous l'influence de causes subies en commun perdent la raison ensemble et au même moment, puisant dans cette communauté des mêmes impressions la même vésanie. Si les deux sujets, sans vivre ensemble, se voient assez souvent et à fortiori vivent ensemble, il peut encore arriver que l'un d'eux devienne aliéné, tandis que l'autre reste sain d'esprit, alors celui-là agit sur celui-ci et par une contagion mentale qui ici existe arrive à lui transmettre ses conceptions délirantes et ses hallucinations. C'est notre groupe *de la folie communiquée*, que M. Régis a mis autant d'empressement à repousser que nous en avons mis à accepter le sien. C'est un grand accapareur qui veut faire entrer toutes les folies à deux dans sa folie simultanée. Que mon éminent collègue de Bordeaux, à qui la psychiatrie doit, en outre de cette folie simultanée, d'autres travaux remarquables, telles, par exemple, ses deux superbes descriptions restées classiques de la pseudo-paralysie générale alcoolique et de la pseudo-saturnine me permette de lui rappeler que nous ne sommes plus seul aujourd'hui à avoir publié des observations de folie communiquée ; beaucoup d'aliénistes éminents l'ont observée, eux aussi, tant chez nous qu'à l'étranger. Quoi qu'il en soit, certains auteurs ont donc tort d'employer ces cas dans la folie gémellaire puisqu'on les observe chez frères et sœurs qui ne sont pas du même lit, bien plus entre mère ou père et enfants, et même entre époux et épouse. Nous avons ainsi dans notre service, en ce moment, un malade, tout jeune encore, qui a contaminé son père, sa mère, sa sœur et ses deux frères. La seconde condition formulée par Ball est donc indispensable pour la vraie folie gémellaire.

La troisième et dernière condition est sans conteste la plus bizarre et la plus curieuse. Passe encore pour le parallélisme des hallucinations et des conceptions délirantes, mais le parallélisme à distance de l'évolution tout entière jusque dans ses moindres variations est pour bien étonner. Néanmoins, on aurait tort de le nier ; pour notre part nous l'avons constaté dans notre cas comme on verra ; mais nous comprenons que notre autorité est trop faible pour imposer ce phénomène étrange à la croyance des savants ; aussi qu'on nous permette de rappeler deux observations dues à deux aliénistes éminents en qui on est contraint d'avoir toute confiance.

Déjà en 1859 Moreau de Tours avait été frappé de cet étrange parallélisme des variations de l'évolution. Il raconte que deux frères jumeaux, très ressemblants au physique et au psychique, qui vivaient séparés, devinrent aliénés en même temps. Le tableau du trouble mental chez l'un et l'autre présentait la plus grande ressemblance, bien que les deux sujets n'eurent aucun rapport et furent isolés, l'un à Sainte-Anne, et l'autre à Bicêtre. Tous les deux étaient atteints d'un délire de persécution avec hallucinations auditives ; ils avaient l'un et l'autre un air très morose et répondaient peu aux questions qu'on leur adressait. Parfois un changement s'opérait chez les deux malades ; de temps en temps, ils sortaient de l'état de stupeur qui leur était habituel et insistaient pour qu'on les laissât revenir à la maison. L'illustre aliéniste insiste sur ce détail, qu'il trouve très intéressant et très curieux, que cet état de ranimation coïncidait toujours chez l'un et chez l'autre, malgré l'énorme distance qui sépare les deux asiles où ils étaient enfermés et par conséquent l'absence certaine de toute espèce de contact et d'influence réciproque.

Le second, sur lequel nous nous appuierons, est dû à Cliford Gill, qui l'observa et le publia en 1889 comme un fait merveilleux, digne de toute l'attention et de toutes les études des aliénistes. Deux sœurs jumelles, âgées de 20 ans, devinrent simultanément folles bien que demeurant dans des endroits très éloignés et ne se voyant pas. La maladie mentale fut la suivante chez toutes les deux ; un état maniaque qui, après une certaine amélioration, se

compliqua d'une très violente agitation avec hallucinations. Après quoi, une période proche de la normale à laquelle succéda un état de dépression avec refus de manger. Cette phase de dépression fut de nouveau remplacée par un état maniaque ; et deux fois les mêmes alternatives se produisirent. L'auteur est émerveillé que celle de la sœur fût identique en tous points : les améliorations les rechutes, les alternatives d'excitation et de dépression avec refus d'alimentation furent non seulement les mêmes, mais commencèrent en même temps, eurent la même durée et se terminèrent le même jour. Toutes les deux guérirent simultanément.

Nous pourrions ajouter d'autres faits à ceux-là, mais ces deux, provenant, à trente ans de distance, de deux célébrités de nationalité différente, l'une française et l'autre anglaise, sont assez nets pour établir à eux seuls la réalité des singuliers phénomènes de la troisième condition formulée par le Professeur Ball, et que nous a également offerte le cas que nous rapportons plus loin.

III. — La description si belle et si nette de ces professeurs, bien que confirmée par des faits dus à des aliénistes éminents dans le passé et à d'autres tous aussi éminents dans le présent a encore de nos jours des contradicteurs. M. Vigouroux et M. Juquelier croient que la spontanéité signalée par l'auteur n'est qu'apparente, et que tous les cas de folie gémellaire rentrent dans le groupe de la folie simultanée. Malgré l'intensité des influences prédisposantes, le contact intime et perpétuel permet seul, à leur avis, d'expliquer l'identité et la simultanéité d'apparition du délire chez deux jumeaux. En dehors de la vie commune, disent-ils, on peut voir survenir chez deux sujets issus d'une grossesse gémellaire, des accidents psychiques analogues et presque contemporains, mais l'identité absolue dans la forme et dans le temps suppose, il leur semble, l'intervention à quelque degré d'une communication psychique de l'un à l'autre, c'est-à-dire de la contagion mentale.

Nos deux jeunes et distingués collègues me permettront de leur faire remarquer que la question n'est pas de savoir si la folie gémellaire décrite par Ball comme la seule méritant ce nom est ou n'est pas explicable, mais bien

si elle existe ou non avec les trois conditions qu'il a indiquées. C'est donc, ici comme partout en psychiatrie, la clinique, c'est-à-dire la constatation des faits qui doit fournir la réponse. Or la clinique a répondu que la folie gémellaire de Ball existait par l'intermédiaire d'observateurs éminents, tant étrangers que français, dont la sagacité n'est pas à contester et dont la bonne foi n'est pas à suspecter. Il nous semble qu'émettre dès lors des doutes sur l'existence même du phénomène, c'est manquer de convenance vis-à-vis de ces maîtres. Que de choses en ce monde dont l'existence est incontestable et qui sont inexplicables ! La contagion mentale, si elle était indispensable, comme le croient M. Vigouroux et M. Juquelier, serait donc susceptible de se produire à grande distance, puisque les faits sont là incontestables, ce qui nous ramènerait forcément au miasme ou microbe psychique de joyeuse mémoire, de Bouchut, qui soutenait le transport au loin de cet élément morbide par un zéphir favorable. Quand le professeur Ball a mis en doute *la folie induite* ou *folie transformée* que venaient de décrire des aliénistes américains, et après eux des aliénistes allemands, curieuse transmission de ses hallucinations et de ses conceptions délirantes par un aliéné, non plus à un sain d'esprit, mais à un autre aliéné comme lui avec lequel il vit, car le phénomène lui paraissait bien étrange et contraire à ses observations, attendu qu'il avait toujours vu les malades témoigner le plus profond mépris pour les propos délirants de leurs voisins qu'ils jugeaient archi-fous et que jamais il n'avait réussi à leur inculquer lui-même une nouvelle absurdité, il s'empressa d'ajouter tout de suite qu'il ne contestait pas par là les faits que d'autres plus heureux que lui rapportaient avoir observés et que, par conséquent, il ne niait pas la découverte de Kierman. Peut-être aurait-il été plus prudent, de la part de nos deux collègues, d'imiter la réserve du vieux maître, d'autant plus qu'ils sont encore tout jeunes et qu'il n'est pas étonnant qu'ils n'aient pas eu encore l'occasion de rencontrer la vraie folie gémellaire, qui est si rare que des aliénistes qui ont vieilli et blanchi au milieu des aliénés, ne l'ont observée que par exception. Dans la leçon de Ball, il n'y a qu'une observation personnelle et également

il n'y en a qu'une dans ce mémoire. Qui sait ce que leur réserve l'avenir et si la clinique ne les comblera pas ?

L'auteur, à ma connaissance du moins, du dernier travail d'ensemble sur la folie gémellaire est M. Serge Soukhanoff, privat-docent, et médecin assistant à la clinique psychiatrique de Moscou ; son mémoire a paru en 1900. Il est partisan convaincu et enthousiaste de l'ancienne conception du terme. Il déclare en débutant que, sous le nom de folie gémellaire, il comprend *toutes* les lésions psychiques qui peuvent se développer chez les jumeaux. En conséquence, parmi les observations qu'il cite, il y a des cas où la maladie du second jumeau n'a pas commencé en même temps, mais bientôt après ; dans d'autres, elle n'a apparu que bien plus tard ; il y a même un cas où le second jumeau est devenu aliéné *douze ans après* le premier. L'auteur n'a presque jamais relevé non plus de pleine identité des psychoses chez l'un et l'autre ; enfin dans bien des cas les jumeaux vivaient ensemble. A son avis, on ne peut être d'accord avec Ball, qui dit que la folie gémellaire, dans la véritable signification de ce mot, est celle qui se caractérisse, entr'autres, par un développement simultané de la maladie chez les deux jumeaux. Il trouve que c'est assez pour cela de la ressemblance du tableau de la maladie et du développement indépendant de cette dernière chez l'un et l'autre jumeaux. A l'appui de son dire, il suppose que deux sœurs jumelles, d'abord vivant ensemble dans des conditions identiques, puis l'une d'elles se marie plus tôt, l'autre plus tard. Une a des enfants, l'autre n'en a pas ; l'une est heureuse dans sa vie conjugale, la seconde ne l'est pas. Malgré la ressemblance de l'organisation et malgré une prédisposition morbide identique, la même maladie peut se développer chez les deux sœurs, mais dans un temps différent, ce qui peut dépendre de diverses circonstances de leur vie ; tout de même le savant professeur déclare que dans des cas semblables, il faut envisager la psychose comme folie gémellaire vraie.

Nous croyons inutile de revenir sur ce que nous avons déjà établi. Il est évident, par ces citations, que le distingué aliéniste russe englobe les cas les plus disparates, ceux qui appartiennent exclusivement aux jumeaux et

aux jumelles et ceux qui se retrouvent chez tous les frères et toutes les sœurs, alors même qu'ils ne proviennent pas d'un même lit. Nous avons donc là une preuve manifeste de la déplorable tendance que nous avons signalée et qui ne permettra plus d'utiliser ni les statistiques, ni les déductions des divers auteurs. En effet, il n'a pas été difficile à l'aliéniste de Moscou, dans ces conditions, de rassembler 29 cas de ce qu'il appelle folie gémellaire ; mais toutes les statistiques qu'il en donne et toutes les déductions qui en découlent sont inutilisables puisqu'elles comprennent les cas les plus disparates, ce qui explique qu'il ait pu arriver à rassembler un nombre aussi élevé d'observations, vu, je le répète, que la vraie folie gémellaire, la seule qui doit être désignée sous ce nom, est exceptionnelle. On voit tous les inconvénients du système et combien il importe, en psychiatrie, comme en toute science d'ailleurs, de laisser aux mots leur signification parfaitement définie et limitée, si on désire se comprendre et utiliser les recherches les uns des autres.

IV. — Disons enfin que, pour comprendre la folie gémellaire avec les trois conditions, une quatrième, qui ne lui est pas spéciale, mais commune à toute vésanie identique des jumeaux est à ajouter, à savoir : la nécessité non pas seulement d'une prédisposition vésanique, mais d'une prédisposition congénitale, c'est-à-dire qui s'est développée durant la grossesse et dont par conséquent les deux jumeaux étaient atteints au même degré à la naissance. La nécessité d'une prédisposition vésanique n'est pas contestable, elle est indispensable pour l'éclosion de n'importe quelle psychose, chez n'importe qui, enfant, adolescent, homme mûr ou vieillard. La formule est donc générale : pas de prédisposition, pas de folie ; seulement en ce qui concerne la folie gémellaire, elle est toujours congénitale, jamais acquise après la naissance et nous en verrons les raisons.

Une prédisposition vésanique, disons-nous, est nécessaire. En effet, n'est pas fou qui veut, a dit Morel, et cette boutade du célèbre aliéniste est encore plus vraie que spirituelle. Il a eu le mérite de démontrer que les aliénés étaient des êtres à part, doués d'une organisation spéciale

et que ceux-là seuls qui possédaient cette organisation spéciale pouvaient devenir aliénés. La folie, en effet, choisit ses victimes ; parmi les jumeaux et les jumelles, il y en a qu'elle frappe d'un coup double, créant, soit la vraie folie gémellaire, soit la folie gémellaire simplement familiale, et d'autres, au contraire, qu'elle épargne. La folie ne tient donc pas à la double gestation et il faut que ceux qui pâtissent de son choix diffèrent de ceux qui n'en pâtissent pas. Et cela est surtout exact pour la vraie folie gémellaire qui, avons-nous vu, éclate souvent au moment de la puberté, par conséquent à un âge où n'a pas encore commencé la lutte pénible pour la vie avec tous ses déboires et toutes ses souffrances morales et physiques ; d'un autre côté nous savons également que la vraie folie gémellaire survient spontanément, sans l'intervention d'aucune cause directe l'expliquant, forcément il faut que les deux jumeaux portent en eux une tendance excessive à la maladie.

En second lieu, cette prédisposition incontestable, venons-nous d'établir, est congénitale, car les trois conditions formulées par Ball : l'éclosion simultanée du mal et surtout l'identité absolue non seulement des hallucinations et des conceptions délirantes, mais encore de l'évolution jusque dans ses variations, sont bien la preuve d'une organisation absolument identique, qui n'a pu s'acquérir qu'au moment du développement du cerveau dans le sein de la mère. Si les deux jumeaux étaient venus au monde avec des cerveaux normaux et n'avaient acquis leur prédisposition qu'après la naissance, alors même que la cause d'acquisition serait la même, les résultats de son action présenteraient toujours des différences chez l'un et l'autre jumeaux. Donc, dans la vraie folie gémellaire, nécessité absolue d'une prédisposition et d'une prédisposition congénitale.

La cause de celle-ci, est dans la presque totalité des cas, l'hérédité. Il est facile de constater que dans les faits rapportés par les auteurs et qui sont bien relatifs à la vraie folie gémellaire, quand des renseignements exacts ont pu être obtenus, les observateurs ont relevé la folie ou tout au moins un nervosisme très marqué, soit dans la ligne maternelle, soit dans la ligne paternelle, et très

souvent dans les deux lignes, surtout quand il n'y a que du nervosisme.

Néanmoins, nous ne nions pas que parfois la prédisposition des jumeaux est acquise, par exception, durant la grossesse alors que les deux ascendants sont purs de tout nervosisme. Dans notre mémoire du *Journal de neurologie*, nous avons démontré en détails cette action néfaste de certaines causes. Par conséquent on n'a qu'à bien chercher et à bien se renseigner, et on arrivera toujours à établir que les jumeaux, ou les jumelles, atteints de la vraie folie gémellaire, étaient dans tous les cas porteurs d'une prédisposition vésanique congénitale provenant dans la presque totalité des cas de l'hérédité et dans quelques-uns seulement, par exception, acquise durant la grossesse à la suite d'une des causes que nous avons établies dans notre mémoire et que par conséquent il est indispensable de bien avoir présentes à la mémoire, si on ne veut pas errer par dénombrement imparfait, et nier une prédisposition qui, à défaut d'être héréditaire, est par exception d'acquisition de grossesse.

M. Serge Soukhanoff, dans son intéressant mémoire, accepte comme nous, la nécessité de la prédisposition congénitale presque toujours d'origine héréditaire. Il dit que si l'existence en général de celle-ci aux maladies mentales dans une famille donnée fait faire dans beaucoup de cas une conclusion nécessaire concernant l'organisation pathologique congénitale du système nerveux, les cas de folie gémellaire soulignent et font ressortir encore davantage le rôle et la signification de l'hérédité; les cas de ce genre démontrent d'une façon plus visible que l'organisation physique semblable du système nerveux donne des troubles pathologiques *identiques* et qu'il existe une dépendance réciproque et intime entre nos facultés mentales et la structure physique de notre organisation. C'est ainsi que le savant aliéniste russe comprend et explique comment, non seulement les hallucinations et les conceptions délirantes dans la folie gémellaire, mais encore l'évolution avec tous ses détails et même ses diverses alternatives sont identiques chez les deux malades. Et cela est très vrai : en somme, il n'y a que l'éclosion simultanée, et la simultanéité des symp-

tômes et de l'évolution qu'il n'a pas eu occasion d'observer qui l'ont décidé à repousser la forme spéciale décrite par Ball et à faire, avons-nous vu, un seul groupe de toutes les psychoses survenant chez les jumeaux, même quand ils habitent ensemble, ce qui jette, comme nous l'avons montré, la plus grande confusion dans la question.

Il est à désirer que les hasards de la clinique favorisent M. Serge Soukhanoff et lui fournissent quelques cas qui lui démontrent l'existence de la variété spéciale isolée par Ball et à laquelle il faut réserver le nom de folie gémellaire, afin de la distinguer des psychoses qui se montrent indistinctement chez tous les frères et toutes les sœurs. Je suis certain qu'il lui suffira d'un cas pour le convaincre, car son mémoire prouve qu'il est un observateur très sagace et très consciencieux. Il est en même temps doué d'une érudition considérable, il connaît à fond tous les travaux parus non seulement dans son pays, mais encore à l'étranger. Ainsi, dans son mémoire, il contribue à détruire l'erreur jusqu'alors répandue partout que Moreau de Tours était celui qui, en 1859, avait publié le premier cas de folie gémellaire. Non seulement chez nous, mais encore de tous les côtés à l'étranger, cet aliéniste figurait en tête de tous les historiques de la question.

Or le savant aliéniste russe rapporte que M. Antonio Marro, dans son travail de 1893, établit que bien longtemps avant Moreau de Tours, 47 ans auparavant, M. Rush a rapporté, en 1812, une observation de folie gémellaire. Elle a passé complètement inaperçue ou plutôt nous inclinons à penser qu'à cette époque éloignée, les collègues de ce médecin n'ont pas eu confiance dans un fait si bizarre et si curieux et ont dû se méfier d'une mystification. Quoi qu'il en soit, le silence a été absolu. Dans sa leçon, qui était appelée à avoir un si grand retentissement, Ball rendant hommage à ses devanciers, débute bien entendu par Moreau de Tours, puis il parle du cas très intéressant de Baume, des deux de Clifford Gill et de quelques autres, mais il ne souffle pas mot de Rush et il est certain que nous ignorerions encore la découverte du fait de cet aliéniste par M. Antonio Marro, sans la publica-

tion, dans un journal français, du mémoire du Professeur de Moscou.

Pourtant le cas de Rush est très net et très probant. Il concerne deux frères jumeaux, eux aussi, héréditaires vésaniques par la mère, atteinte de mélancolie avec impulsions au suicide comme nous venons de le soutenir. Bien qu'habitant deux villes très éloignées, et Rush insiste sur ce détail qu'il estime très curieux et très intéressant, ils eurent *simultanément* la même vésanie que leur mère, les mêmes conceptions délirantes qu'elle, et les mêmes impulsions au suicide, si bien qu'ils se tuèrent par le même procédé à un jour d'intervalle. Il est difficile, nous croyons, de mieux demander et c'est toute justice de rendre à Rush ce qui lui appartient ; mieux vaut tard que jamais.

Dans cette observation il y a, comme on voit, hérédité vésanique par la ligne maternelle. Dans l'unique cas de Ball, l'hérédité existait aussi et, après l'avoir signalée également dans celle de Moreau, de Tours, il ajoute : « on verra plus loin toute l'importance de la question ». Mais dans ses développements on trouve une étrange contradiction. En effet, cet aliéniste remarque tout d'abord que si la ressemblance chez les jumeaux est parfois absolument nulle et que si, dans beaucoup de cas, elle ne dépasse pas ces analogies familiales qui, chez la plupart des frères et sœurs, rapprochent le caractère et l'organisation, il est, par contre, certains jumeaux qui montrent soit, au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la physionomie et de l'expression du visage, soit au point de vue de la maladie et de la santé, une ressemblance tellement parfaite qu'elle semblerait conduire à l'identité. Et ce n'est pas seulement, ajoute-t-il, au point de vue extérieur que ces ressemblances s'accusent c'est aussi, c'est surtout au point de vue de l'organisation intime et des conséquences physiologiques qui en découlent. Et avec raison, il dit que la folie gémellaire, dans ces cas, n'est, en pathologie mentale, que l'analogue de ce qui est connu et accepté de tous en pathologie physique. Il rappelle qu'on voit parfois, en effet, chez les jumeaux la même maladie éclater avec les mêmes caractères, presque au même instant. C'est là, remarque-

t-il, une preuve manifeste de la parenté intime qui unit les deux natures; rien donc d'extraordinaire qu'il en soit de même de l'aliénation mentale, alors la preuve acquiert une force supérieure et conduit tout naturellement à cette conclusion que de même que dans les cas physiques l'organisation du corps était identique, de même ici l'organisation cérébrale doit offrir de profondes analogies.

La conclusion qui devrait découler de ces considérations et de ces rapprochements très justes est la nécessité, dans la presque totalité des cas, d'une hérédité vésanique, cause sinon la seule du moins la plus puissante d'une pareille identité d'organisation cérébrale. Or, pour le professeur Ball, c'est seulement, et il l'affirme, *chez quelques-uns* des jumeaux à vraie folie gémellaire qu'on constate des antécédents héréditaires, tandis que chez les autres, la généalogie paraît absolument irréprochable au point de vue de l'aliénation mentale. Dans ces cas il s'agit, à son avis, d'une affinité intellectuelle et morale qui dépasse les limites ordinaires de la *consanguinité*. Cet aliéniste insiste et soutient que sans doute rien n'est plus commun que de voir le même genre de folie se développer chez plusieurs des frères et sœurs des mêmes parents et constituant une même famille, mais qu'alors presque toujours l'hérédité se retrouve à la racine de ces manifestations maladives et que dès lors l'on ne saurait s'étonner de voir les mêmes fruits portés par les branches diverses issues du même tronc, mais qu'en ce qui concerne la vraie folie gémellaire, il n'en est plus de même, l'hérédité n'a pas besoin d'intervenir. Pourquoi ? Parce que les jumeaux, répond-il, sont des frères plus étroitement unis que les autres, car nés à la même date, conçus dans des conditions identiques, ils ont subi les mêmes influences pendant toute la durée de la gestation et il en résulte dans certains cas, ceux qui aboutissent à la folie gémellaire, sinon dans tous, une profonde analogie de l'organisation cérébrale, qui est, affirme-t-il, la *seule* origine pathologique admissible de ces accidents de la vraie folie gémellaire, accidents qui se manifestent au même instant, suivent chez l'un et l'autre sujet une marche absolument identique et sont caractérisés par le même délire et par les mêmes phases de ce délire.

Le Professeur Ball exigeait donc comme nous une prédisposion congénitale ; sur ce point, l'accord est parfait entre nous ; mais tandis que nous la croyons, dans l'immense majorité des cas, dans presque tous, due à l'hérédité, il estime, au contraire, que presque toujours elle est indépendante de toute tare familiale et due à une acquisition fatale. C'est là une question de faits, que seule une grande réunion de cas tranchera définitivement ; or nous savons la vraie folie gémellaire très rare, il faudra donc du temps pour entasser des observations. Quoi qu'il en soit, à en juger par les faits recueillis depuis sa leçon, le Professeur Ball s'est trompé ; ces faits tendent à nous donner raison contre lui, car ils établissent presque tous la prédisposition héréditaire.

D'ailleurs, sans revenir sur les considérations émises plus haut qui justifient la fréquence plus grande de la prédisposition héréditaire que celle acquise dans la vraie folie gémellaire, nous dirons que si les idées théoriques émises par ce professeur expliquent parfaitement la simultanéité et l'identité des troubles psychiques, elles n'expliquent pas du tout le fait essentiel, capital, à savoir: la folie. Tous les jumeaux se trouvent dans la situation décrite par lui : ils sont nés à la même date, ils ont été conçus dans des conditions identiques, ils ont subi les mêmes influences durant toute la durée de la gestation. Aucune différence à cet égard entre deux jumeaux qui sont atteints de vraie folie gémellaire et deux autres qui ne deviennent jamais aliénés. Le fait de la gestation, s'il explique, répéterons-nous, la simultanéité et l'identité de la vésanie, avec son évolution, n'explique donc pas du tout la vésanie elle-même, car tous les jumeaux, puisqu'ils sont les produits d'une double gestation, devraient tous être atteints de la folie gémellaire.

Mais le Professeur Ball rattache la folie gémellaire à la consanguinité. En effet, il dit qu'il s'agit d'une affinité intellectuelle et morale qui dépasse les limites ordinaires de la *consanguinité*. Que vient faire ici la consanguinité ? Les jumeaux ne sont pas plus des produits de celle-ci que ne le sont les frères nés séparément les uns des autres. Jusqu'à ces temps derniers, le mot *consanguinité* avait une signification nettement déterminée et s'ap-

pliquait au produit de la fécondation entre père et mère unis par des liens plus ou moins étroits de parenté. Alors on se comprenait. Mais si, par suite de cette tendance actuelle contre laquelle nous avons protesté, et contre laquelle nous protestons encore, car ici l'exemple est de toute évidence, on étend la signification du mot « consanguinité » comme on a étendu celle des mots « précoce démence », et « confusion mentale », au point d'englober dans elle la double gestation, pour peu que ce gâchis s'accentue, quand on écrira, non pas un volume, mais un simple article, il sera indispensable, si on désire être compris du lecteur, d'avoir soin de mettre à la dernière page un index explicatif de la signification qu'on donne aux mots qu'on emploie.

D'ailleurs, alors même qu'on accepte cette absurdité de la consanguinité, on n'explique pas du tout pour cela la folie gémellaire. Tout d'abord par la raison donnée tout à l'heure pour la prétendue action productive de la double-gestation, tous les jumeaux seraient produits de la consanguinité et nous retombons dès lors dans la question : pour quoi alors les uns sont-ils atteints de folie gémellaire, tandis que les autres restent sains d'esprit ? Et puis, d'un autre côté, depuis assez longtemps déjà, Paul Bert a démontré que la consanguinité ne crée rien, elle ne saurait donc pas plus engendrer la folie gémellaire que n'importe quelle autre maladie mentale ou physique. Le célèbre physiologiste a prouvé, en effet, que le seul pouvoir de la consanguinité est de porter chez l'enfant consanguin l'hérédité des aptitudes *bonnes* et *mauvaises* au *carré*. C'est très exact ; le seul tort de Paul Bert est d'avoir fixé ce pouvoir au carré, c'est *au cube pour le moins* qu'il aurait dû dire. Donc là où il n'y a rien, la consanguinité, au point de vue pathologique, est absolument inoffensive ; mais, malheureusement, il n'en est jamais ainsi ; et c'est là le grand danger des unions entre parents, car dans la très grande majorité des familles les aptitudes mauvaises sont plus nombreuses que les bonnes, et d'un autre côté l'expérience a démontré que ce pouvoir fortifiant de la consanguinité sur l'hérédité a plus de prise sur le mauvais que sur le bon, et s'exerce de préférence dans cette direction fâcheuse. Il en résulte

que si deux cousins germains, atteints simplement de nervosisme, engendrent deux jumeaux ce simple nervosisme, par la consanguinité des ascendants, se transformera en prédisposition vésanique et les deux jumeaux pourront être atteints de folie gémellaire. Mais encore une fois, là où il n'y a même pas tare purement nerveuse, les jumeaux issus des parents les plus proches ne sont exposés à aucune vésanie, pas plus à la gémellaire qu'à une autre. Et encore une fois la double gestation n'est pas, par elle-même, de la consanguinité.

On voit donc que l'argumentation de Ball ne repose sur rien de fondé et ne résiste pas à l'examen, mais il importait de la discuter dans ses détails et la réfuter tout d'abord à cause de l'autorité de son auteur qui fut professeur de Clinique mentale à la Faculté de Médecine de Paris, et ensuite à cause du très grand retentissement qu'a eu et qu'a encore sa leçon sur la folie gémellaire. Il n'est pas plus permis dans tout l'étranger que chez nous de traiter la question sans accorder à notre compatriote une large place.

Mais il semble que le Professeur Ball ait senti toute la faiblesse des développements dans lesquels il est entré, car il termine sa leçon par cette phrase, à laquelle on ne s'attend guère, qui relègue à l'arrière-plan la prédisposition acquise et ramène tout à l'héréditaire. « Pour résumer en un seul mot nos conclusions, nous dirons que *l'hérédité* domine la question tout entière et que *la folie chez les jumeaux* n'est que la manifestation la plus élevée et la plus éclatante de cette force qui pétrit à son gré la nature vivante et qui domine dans son ensemble toute la série des êtres organisés ». Mais alors, à quoi bon invoquer l'action de la double gestation et celle d'une consanguinité qui n'existe même pas?

V. — Nous arrivons à la très belle thèse de M. Sorel soutenue en 1903 à la Faculté de Bordeaux et dans laquelle notre jeune confrère propose une explication très ingénieuse et très séduisante de la folie gémellaire toujours si obscure et même encore contestée par certains praticiens éminents. Voici son intéressante interprétation :

Si on admet dans la folie gémellaire une question d'hé-

rédité, pour M. Sorel comme pour nous d'ailleurs, elle est incontestable, et si avec M. Chantemesse on entend par hérédité la transmission des propriétés et qualités naturelles ou acquises des ascendants, il est peut-être possible, croit-il, de se faire une idée de la folie gémellaire. En effet, d'après les travaux les plus récents, on peut avancer que le pouvoir de développement d'un individu est renfermé dans la structure du protoplasma primitif qu'il a reçu en héritage, protoplasma qui contient en soi, par un mécanisme encore inconnu, les propriétés aucestrales de toutes les générations. La nutrition dès lors, d'après M. Le Dantec, puisque le protaplasma renferme le dernier mot de l'hérédité, la nutrition aura une action puissante sur ses échanges chimiques et par suite sur la perfection future de l'être. Or, dans les cas de grossesse gémellaire il est très probable, même certain, que deux ovules de la femme sont fécondés à une même époque par les spermatozoïdes de l'homme et que par conséquent ceux-ci sont sous le coup de sensations qui retentissent d'une façon absolument identique sur eux. Dès lors, les deux ovules ainsi identiquement fécondés vont subir pendant neuf mois les mêmes échanges organiques, et c'est le cas pour deux jumeaux ; ils auront par là, en venant au monde, les mêmes puissances virtuelles, les mêmes forces latentes, et à un moment donné sans qu'ils aient à cet instant précis d'influence l'un sur l'autre, grâce peut être à la dystrophie communiquée du cerveau paternel, leurs mêmes tendances à la vésanie vont se manifester simultanément, semblables si on veut lui permettre, demande M. Sorel, cette comparaison grossière, semblables à deux réveils parfaitement réglés et qui, une fois remontés, sonneraient dans des appartements complètement séparés, à la même heure exactement. N'avons-nous pas raison de trouver ingénieuse et séduisante cette application de la théorie du protoplasma de M. Le Dantec à l'explication de l'éclosion simultanée à distance de la folie chez les deux jumeaux et de l'identité du délire ainsi que de l'évolution de celui-ci jusque dans ses moindres variations ?

Nous terminerons par la relation détaillée et très exacte de notre unique observation, recueillie en trente ans

et qui est un souvenir de jeunesse, car elle a été prise il y a vingt-six ans à Toulouse, à l'asile de Bracqueville, sur les bords fleuris de la Garonne, où nous faisions nos premières armes en psychiatrie sous la direction de ce vieux maître, le père Marchant, comme nous l'appelions, qui, deux ans après, à 68 ans, après 45 ans consacrés aux aliénés, car il fut à 23 ans le dernier interne d'Esquirol à Charenton, devait mourir de la mort glorieuse du soldat sur le champ de bataille, mortellement frappé par un de ses malades à sa visite du matin. Qu'il nous soit permis de rendre un pieux hommage à sa mémoire et de nous souvenir avec émotion et reconnaissance de tout ce que nous lui devons.

L'observation qui suit, recueillie à cet âge et sous une telle direction, à une époque encore où la folie gémellaire non seulement ne soulevait aucune polémique, mais était, peut-on dire, à peu près inconnue, a donc toute chance d'avoir été prise en toute sincérité. Nous ne l'avons pas publiée plus tôt, espérant toujours que les hasards de la clinique nous en fourniraient d'autres; mais notre espoir a été déçu; ou donc la folie gémellaire est d'une rareté excessive ou nous avons été bien mal favorisé. Quoi qu'il en soit, nous devons, croyons-nous, nous résigner, à moins de vouloir jouer ce personnage légendaire de Molière qui espérait toujours alors qu'il désespérait, et désespérait alors qu'il espérait encore. Nous nous décidons donc à publier ce cas aujourd'hui, profitant de ce que le beau volume de M. Vigouroux et de M. Juquelier, l'intéressant mémoire de M. Serge Soukhanoff et la très remarquable thèse de M. Sorel, viennent de nouveau d'appeler l'attention sur la folie gémellaire. Le voici :

Sœurs jumelles, héréditaires vésaniques par la double ligne paternelle et maternelle, identité en tout et de tout temps chez elles au point d'être invraisemblable. Apparition simultanée des dents ; elles sont toutes venues et se sont développées parallèlement chez les deux ; de même pour la parole, la marche, la propreté au lit durant le sommeil : également début de la menstruation le même jour à 13 ans et deux mois, avec retour mensuel très régulier chez les deux en même temps et pendant quatre jours. Jamais l'une ne fut malade sans que l'autre ne le fût aussi ; ensemble elles contractèrent un rhume ou un dérangement d'entrailles ; elles eurent simultanément la rougeole, les

oreillons et une varioloïde très légère. La mère qui a fourni ces renseignements affirmait que tout avait été identique et simultané.

Ayant eu les deux jumelles en même temps dans notre service, nous avons été à même d'apprécier par nous-même la ressemblance physique qui stupéfiait tout le monde à l'asile ; elle atteignait, croyons-nous, les dernières limites du possible ; elle ne portait pas seulement sur le visage, mais sur tout le corps, des cheveux aux orteils. La mère nous a certifié qu'il arrivait souvent, même à des personnes qui a vaient l'habitude de les voir, de les prendre l'une pour l'autre. Par plaisanterie, elle les avait surnommées *Giroflé et Girofla* comme dans l'opérette de Lecoq et s'amusait à les vêtir de bleu et de rouge pour les distinguer. comme les deux héroïnes du maëstro.

Toujours d'après les renseignements de la mère, elles étaient, au psychique comme au physique, absolument identiques. Très intelligentes, elles avaient obtenu toujours dès la première épreuve tous leurs brevets. Il est certain, car nous avons pu nous en assurer, qu'elles étaient aussi instruites et aussi excellentes musiciennes l'une que l'autre. De tout temps leur caractère, également semblable, avait été très bon, mais aussi très vif et surtout très expansif; elles bavardaient du matin au soir. Quand elles eurent seize ans, la mère fit coup double et les maria très convenablement et très avantageusement le même jour. Elles avaient vécu jusqu'alors dans la plus étroite et la plus charmante intimité, sans secret l'une pour l'autre, partageant la même chambre et jusqu'au même lit, ne sortant jamais seules, mais toujours enlacées.

Le mariage les sépara pour la première fois de leur vie : l'une, dont le mari habitait la ville, resta et garda la mère avec elle; l'autre suivit son mari dans un département voisin, mais dans une localité assez éloignée de celle qu'elle quittait. Elles souffrirent beaucoup de cette séparation, mais durent se résigner. Sans doute, elles s'écrivirent souvent, mais elles n'eurent pas l'occasion de se revoir. Elles étaient mariées depuis vingt mois quand elles devinrent simultanément grosses.

Elevées dans un couvent très sérieux et très sévère, elles étaient très croyantes toutes les deux et très pratiquantes ; mais dès la puberté, s'était révélée en elles une tendance à s'intéresser à des choses déplacées pour des jeunes filles, puis petit à petit, elles prenaient un plaisir de plus en plus vif dans la société des hommes, tout en restant honnêtes et pieuses bien entendu, c'était chez elles un curieux mélange de tendances religieuses et érotiques; quand elles ne jacassaient pas, car elles n'étaient guère capables de garder longtemps le silence, elles lisaient tour à tour les livres pieux et les romans les plus inconvenants qu'elles

trouvaient moyen de se procurer en cachette, malgré l'étroite surveillance exercée par la mère : aussi celle-ci s'était empressée de les marier le plus tôt possible. Cet assemblage de dispositions psychiques contraires, comme leur vivacité, leurs violences, leur besoin exagéré d'expansion et de bavardage, tenait, sans aucun doute, aux lourdes tares vésaniques, dont elles étaient frappées. La mère paraissait absolument normale, bien douée en tous les points de vue, mais elle nous avoua franchement, particularité intéressante et bizarre que nous avons eu occasion de constater quelquefois, qu'elle était une exception dans la famille, car tous les membres étaient plus ou moins excentriques et certains avaient été réellement fous. Le père appartenait aussi a une famille d'aliénés ; s'il n'avait jamais poussé jusqu'au délire, il fut toute sa vie un mélancolique hypochondriaque ; il était mort d'une pneumonie double quelques années auparavant.

Au commencement du quatrième mois de la grossesse, les deux jumelles, qui ne s'étaient plus revues depuis le mariage, qui avaient tout pour être heureuses, grand bien-être physique et moral, maris passionnément amoureux et empressés à satisfaire leurs moindres caprices, furent prises tout d'un coup, le même jour, près qu'à la même heure, sans aucune cause occasionnelle, d'une crise de manie aiguë qui en vingt-quatre heures acquit de part et d'autre une intensité telle que le placement d'urgence dans un asile s'imposa. L'une nous fut confiée, l'autre fut placée par son mari dans une maison de santé particulière du département qu'ils habitaient. Mais un mois après, celui-ci, à tort ou à raison crut avoir à se plaindre des soins donnés à sa femme, et comme sa belle-mère avait, au contraire, l'amabilité de lui vanter ceux prodigués à la sœur, il nous confia, lui aussi, son épouse.

Nous eûmes ainsi les deux jumelles que nous pûmes suivre et comparer séparément car, bien entendu, nous les isolâmes l'une de l'autre et nous les laissâmes dans l'ignorance la plus complète de leur double présence dans le service. La vésanie était absolument identique ; c'était chez les deux une manie érotico-religieuse qui ne fut, en somme, que l'exagération morbide du caractère décrit plus haut, avec les mêmes hallucinations et les mêmes conceptions délirantes. Les deux jumelles, hallucinées de tous les sens, vue, ouïe, odorat, sensibilité générale et sens génital voyaient et entendaient la Vierge et le diable. Celui-ci était tel qu'il est décrit dans les livres pieux et représenté dans les vieux tableaux des anciennes églises : la face hideuse et grimaçante deux cornes noires au front, de longs cheveux rouges hérissés sur la tête, une longue queue dénudée, sans cesse en mouvement, tandis que reste du corps était couvert de longs poils noirs il avait les yeux flamboyants et la main droite armée d'un tri-

dent. La Vierge, elle, avait le costume de Notre-Dame de la Salette ; robe blanche et ceinture bleue avec des fleurs dans les cheveux et les pieds nus.

Le Diable les excitait aux propos et aux actes les plus obscènes; alors elles débitaient des horreurs et relevaient robe et chemise pour étaler leurs parties sexuelles aux yeux de tous, des hommes en particulier qui venaient au pensionnat pour leur service. Elles racontaient qu'il venait la nuit partager leur lit et les accablait de volupté. mais que son corps dégageait une épouvantable odeur de soufre. C'était, comme on voit, la fidèle reproduction à notre époque des folies diaboliques du Moyen-Age dont elles avaient lu les descriptions et qui avaient frappé fortement leur imagination. Se sachant grosses, elles étaient convaincues que c'était le diable qui les avait engrossées et qu'elles accoucheraient d'un petit démon.

Toutefois, elles écoutaient avec plus de satisfaction la voix du ciel qui les aidait à lutter contre le diable auquel elles ne semblaient céder que malgré elles. Quand elles étaient sous l'influence divine elle chantaient sans accroc les cantiques et récitaient également sans rien omettre les prières apprises jadis au couvent; ce phénomène était d'autant plus intéressant à constater que quand elles improvisaient des sermons sur des sujets religieux, l'incohérence maniaque reparaissait complète. Elles passaient ainsi alternativement par le double état diabolique et céleste ou les deux se combinaient, et alors le désordre des idées et des actes était à son apogée. Sans doute, l'incohérence marquée en dehors des *souvenirs* des choses apprises jadis et l'agitation violente étaient l'état habituel ; néanmoins, il y avait, comme chez toutes les maniaques, des périodes de demi-rémission d'une durée peu longue, amenées par l'épuisement nerveux dû à l'énorme dépense d'influx. Eh bien ! chez nos deux jumelles, tout a été si identique et a si bien coïncidé, hallucinations, conceptions délirantes, périodes d'incohérence complète et de vive agitation, prédominance alternative de l'enfer et du ciel, que quand nous en avions vu une, nous n'avions pas besoin de nous informer de l'état de l'autre; nous pouvions être certain d'avance qu'il était rigoureusement semblable.

Cette manie des deux jumelles suivit un cours régulier , elles accouchèrent à quarante-huit heures d'intervalle d'un garçon chacune, tandis que la crise maniaque battait toujours son plein ; mais immédiatement après la délivrance une grande amélioration se produisit et en moins d'un mois la guérison fut complète chez les deux. Toutefois, nous jugeâmes plus prudent de les laisser partir sans les mettre en présence. Les maris, sur nos conseils, vinrent les chercher séparément et les amener chez eux ; et ce n'est que petit et petit qu'elles apprirent que le déran-

gement mental, comme tout le reste depuis leur naissance, avait été double. Quand nous avons quitté l'Asile de Toulouse, un an après, nous avons su par la mère que tout s'était bien passé et que les deux jumelles se maintenaient dans un état très satisfaisant.

Tel est notre unique cas, petite pierre apportée un édifice qui sera, croyons-nous, curieux et de toute beauté quand son édification sera complète.

ETUDE CRITIQUE

—

Les poisons de l'intelligence. Les coefficients psychiques du brome ;

Par N. VASCHIDE.

Les recherches de *Lœwald* (1) ont eu pour but de faire pour le brome des recherches analogues à celles qui ont déjà été faites pour l'alcool, le thé, par l'école de *Kræpelin*, c'est-à-dire préciser, dans les limites du possible, les effets que cette substance entraîne dans les manifestations de la vie psychique humaine. Voici l'analyse de cet intéressant travail.

Méthode : Les recherches ont été faites pendant un long intervalle de temps, la plupart du mois de mars au mois de septembre 1894, les autres pendant les mois de mars, mai et juin 1895. Les conditions extérieures au moins ont été les mêmes autant que possible. On a toujours commencé les séries par une épreuve normale suivie par une alternance d'épreuves normales et avec du brome. On a employé seulement du *Natrium bromatum*, dissous dans 60 cc. d'eau. On a dépassé rarement 4 grammes. Tout autre excitant qui aurait pu altérer ou influencer les données : café, thé, alcool, a été évité.

Ces recherches devaient être orientées dans deux directions différentes : dans le domaine des simples excitations sensitives périphériques et dans le domaine des

(1) Arnold Lœwald. — Ueber die psychischen Wirkungen des Broms. *Psychologische Arbeiten*, 1896, I, pp. 489-566.

perceptions centrales, et plus spécialement de la vitesse du déchaînement central des volitions (efforts volontaires).

Les recherches faites dans la première direction ne pourraient que se révéler inutiles à cause de l'imperfection de la technique. Pour le côté central des états psychiques, les expériences faites ont porté sur les réactions avec choix (Wahl reactionen) sur les *réactions verbales* (Worter reactionen), sur les réactions avec choix alternant avec les *réactions verbales* ; sur l'addition, etc... En total il y a eu 115 épreuves, 57 normales et 58 avec du brome, la plupart conduites personnellement par l'expérimentateur. Les sujets de ces expériences ont été des médecins et des étudiants en médecine.

I. — Recherches sur les réactions.

Réactions avec choix.

On a eu, pour chaque recherche, 500 réactions avec choix, ou verbales. Les épreuves avec du brome différaient entre elles en ce que, dans le second groupe, la dose du brome était 4 gr., c'est-à-dire le double de celle du premier : 2 gr. Ensuite on a eu deux épreuves mixtes, c'est-à-dire une épreuve normale et une épreuve avec du brome, dont les séries de 100 réactions avec choix alternaient avec des séries de 100 réactions verbales.

La méthode pour obtenir ces réactions est celle-ci : on lisait avec la même rapidité possible les chiffres depuis 21 jusqu'à 100, mais cette rapidité ne devait pas altérer la clarté de la prononciation. Les chiffres 30-40... étaient prononcés deux fois, les autres une seule fois étant de 4 et 5 syllabes en allemand.

De cette manière on a une série de 80 mots à 4 syllabes chacune. A chaque intervalle de 5 minutes, on notait le nombre des chiffres lus. La vitesse de la prononciation, indépendante des signaux extérieurs, dépend cependant de la facilité avec laquelle les mouvements particuliers sont déchaînés, et de la rapidité avec laquelle les muscles se mettent en activité. Toute altération de l'opération, dans les deux séries des phénomènes, peut conduire à des conclusions sur l'influence que le brome produit dans le déchaînement central des mouvements.

Les 500 réactions avec choix n'ont pris que 40 minutes donc en moyenne 125 réactions chaque 10 minutes.

Le sujet n° 1 présente des temps de réactions plus longues parce qu'elle est la première épreuve de ce genre ; mais les autres recherches prouvent que les limites de l'habitude sont très vite atteintes. L'analogie notoire des deux recherches normales consiste surtout en ce que toutes les deux montrent, dans la première moitié du temps, une abréviation, dans la seconde moitié une augmentation du temps, ce qui doit être attribué dans le premier cas à l'habitude, dans le second cas à la fatigue. Cela est conforme au nombre des fautes commises dans les deux recherches et qui dans les dernières sections est plus grand que dans les premières, ce qui tend à prouver la modification de l'opération par la fatigue.

Il en est autrement pour les deux recherches avec du brome. Les chiffres normaux manquent ici parce que le médicament a été pris immédiatement au commencement des épreuves, cependant les premiers chiffres de ces épreuves mêmes peuvent être considérés comme normaux. D'autant plus qu'on y constate une très petite différence entre les premiers chiffres des deux épreuves et encore leur analogie avec les premiers chiffres de la seconde épreuve normale. L'auteur pense que l'influence du brome ne peut être admise dès le commencement même de l'expérience.

Plus tard, les données de ces deux épreuves sont très différentes, même opposées. Dans un cas les réactions diminuent jusqu'à la 3e section ; le maximum d'abréviation est de 35 σ. Dans le second cas on voit au contraire un ralentissement des réactions qui, à la fin de la première moitié, est de 33 σ ; dans la suite ce ralentissement continue encore jusqu'à 16 σ de sorte que le ralentissement total est de 49 σ. Examinant les réactions mauvaises, on voit que les temps de réaction diminuent dans la même mesure que le nombre des réactions mauvaises devient plus gros. Ce qui commence à expliquer la contradiction dont il s'agit, car l'abréviation du temps se fait sur le compte de la qualité. Le ralentissement dans le second cas signifie déjà par lui-même une diminution de l'opération, et cela est confirmé encore par le grand nombre des réactions mauvaises.

Mais ce qui paraît du plus haut intérêt, c'est le chiffre trop gros des réactions mauvaises dans le premier cas, qui ne font d'ailleurs que confirmer les résultats de *Bettmann*, et dont l'explication ne peut être que celle que ce dernier en a donnée, à savoir : que la prise des deux grammes de brome produit une augmentation de l'irritabilité motrice centrale et peut être une altération de la perception. Le déchaînement des impulsions extérieures volontaires est facilité, de là l'abréviation des temps de réaction et les réactions mauvaises. Dans le second cas, au contraire, les doses plus grosses de brome paraissent avoir une influence modératrice sur la perception des excitations externes autant que sur le déchaînement des mouvements volontaires.

Réactions verbales.

Ces recherches diffèrent des recherches antérieures par cela que les deux épreuves avec du brome ont été précédées par une série normale préliminaire, de sorte qu'il y a ici seulement 400 réactions après la prise de l'alcool. Cependant la durée de l'influence observée est approximativement la même que pour les réactions avec choix Les 400 réactions ont occupé un peu plus de 38 minutes. En ce qui concerne la valeur initiale de toutes les épreuves, l'influence de l'exercice joue un rôle beaucoup plus grand ici que dans les réactions avec choix. L'abréviation des temps monte ici rapidement d'une épreuve à une autre : 23, 108, 36, c'est à-dire totalement de 167 σ

Les deux recherches normales offrent peu d'analogie entre elles. Dans un premier cas, on voit d'abord une rapide augmentation des temps, qui disparaît à la fin, de sorte que la moyenne finale est de 12σ fois moindre que la moyenne initiale. Le second sujet, au contraire, montre la tendance à une lente abréviation des temps, qui se maintient jusque dans la 3e section et qui à la fin est remplacée par un relentissement qui dépasse presque cette abréviation. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette différence, entre autres le fait que les conditions des deux recherches ont été telles que seule cette expérience doit être considérée comme normale. L'examen des mauvaises réactions a peu d'importance ici, car on

ne sait pas combien on doit en attribuer aux sujets, et combien aux défauts de la méthode.

Les deux recherches avec du brome ont donné des résultats exactement contraires à ceux des recherches correspondantes sur les réactions avec choix. Un premier sujet montre une réduction des temps de réaction proportionnelle avec la durée de l'influence du médicament, jusqu'à un maximum de 69σ ; le second sujet au contraire, une augmentation progressive jusqu'à 77σ. Cette frappante analogie entre les deux séries de recherches doit légitimer ici les mêmes conclusions sur les rapports entre le temps de réaction et les mauvaises réactions, que dans les réactions avec choix. Quant aux mauvaises réactions, elles ne sont pas spécialement très significatives dans ce cas quoique le nombre des mots suivis par des mots sans aucun sens, fût plus gros ici qu'ailleurs. Tout au plus avec ce fait pourrait-on confirmer encore la conclusion que l'abréviation des temps sous l'influence de 2 gr. de brome est l'expression d'une certaine augmentation de l'irritabilité centrale.

Recherches mixtes.

Les deux recherches mixtes ont été limitées aux réactions verbales seules. Il y a eu 7 paires de groupes, dont chacun contenait 100 réactions avec choix, et 100 réactions verbales. Toutes les recherches ont occupé — avec les intervalles et pauses — deux heures. On a commencé avec une série de réactions avec choix. La dose de 4 gr. de brome a été prise après l'exécution d'une série de réactions verbales et avec choix.

Dans cet ordre de recherches se vérifie encore l'observation que l'augmentation de l'exercice ne peut se constater que pour les réactions verbales, et presque pas pour les réactions avec choix. Le cas d'un sujet de *Lœwald* montre qu'il y a une tendance à l'abréviation des chiffres, dans les réactions avec choix, qui, bien que peu accentuée, se maintient assez remarquable jusqu'à la fin. Plus éloquente est la réduction des temps dans les réactions verbales, quoiqu'il y ait ici même des oscillations. La moyenne finale est la plus forte, elle est encore de 71σ sous la moyenne initiale. On n'y observe aucune influence de

la fatigue. Contre une dégradation de l'exécution s'élève aussi le nombre des mauvaises réactions qui, dans la seconde moitié de la recherche, est encore plus petit que dans la première. Il paraît donc que la fatigue, imminente après 20-30 minutes dans les autres recherches, est absolument absente dans les recherches mixtes. D'où l'on peut tirer la conclusion que le changement de la forme de l'activité a une influence favorable sur le travail.

Dans les recherches avec du brome, les moyennes initiales, quoique dans les mêmes conditions que les recherches normales, sont un peu moindres, que celles des jours nouveaux. Après l'assimilation du brome, la moyenne des réactions suivantes avec choix est de 21 σ, tandis qu'en même temps le nombre des réactions mauvaises monte. Mais cette augmentation des fautes doit être attribuée plutôt à l'interruption de l'opération causée par la prise du médicament.

Dans des prochaines séries de réactions verbales et avec choix, l'influence du brome est très évidente, car l'augmentation des temps y est rapide et s'élève jusqu'à 25σ et 38σ. Ensuite, plus la recherche dure et plus efficace est l'influence favorable du changement d'activité contre l'influence du brome. C'est ce qui produit des oscillations en haut et en bas, ce qui n'exclut pas complètement l'influence du brome car elle s'y révèle encore au moyen des mauvaises réactions. Si l'on considère aussi le nombre des mots sans signification, on le voit plus gros dans les épreuves avec du brome que dans les épreuves normales. Dans les premiers il est de 11, dans les derniers de 5. Ce phénomène est, lui aussi, l'effet de l'irritabilité motrice centrale augmentée. Comme précédemment, l'influence des 4 gr. de brome est tout d'abord modératrice, mais elle disparaît ensuite et est remplacée par une irritabilité facile.

II. — Epreuves sur l'addition.

Des difficultés imprévues ont rendu ces recherches très contestables. Les 24 épreuves, réparties entre 5 sujets, ont été accomplies par cette méthode qui consiste à écrire dans des cahiers les chiffres qu'on compte deux par deux

et la somme on l'écrit à côté sans tenir compte des dizaines. Cette méthode a cela de propre qu'elle fait appel à des états psychiques encore plus simples, puisqu'on emploie seulement des petits chiffres et la quantité de l'exécution peut aussi servir comme une preuve complémentaire.

Quoique le nombre des sujets et le temps de l'expérience ont été insuffisants, on a procédé de cette manière : les sujets copient simplement des chiffres pendant une heure, avec toute la rapidité possible et l'on compare l'étendue de l'opération avec le maximum de l'action d'additionner, que les différents sujets ont atteint dans le cours de quatre jours, pendant la durée des épreuves. Les résultats ont montré que l'on a copié plus que l'on n'a pas additionné. Dans les dernières épreuves avec du brome, on a additionné presque aussi rapidement qu'on a copié, et cela probablement parce que la fatigue des muscles à fait paraître plus petite l'opération de l'addition qu'elle n'était pas en réalité.

Le tableau IV du travail de *Lœwald* contient les données des épreuves du sujet L. On y trouve tout d'abord le nombre des paires de chiffres additionnés pendant 15 minutes dans les 5 épreuves d'une heure et demie, par le sujet L, 3 normales et 2 avec du brome. Quant à l'influence exercée par le brome, elle ne peut pas être établie d'une manière très sûre. — Dans la Ire recherche normale, l'opération augmente rapidement et atteint son maximum à la fin de la première moitié, ensuite elle descend. Il en est de même dans la IIIme recherche normale, car les résultats de la IIe recherche ont été viciés par une indisposition momentanée. D'après les résultats de N. I et N. III, il paraît que, pour le sujet L, la fatigue pour les additions n'est pas très grande. Dans les épreuves avec du brome, l'opération monte tout d'abord après la prise du médicament, mais dans le second quart d'heure le travail diminue de presque 100 chiffres, pour s'élever de nouveau un peu et pour redescendre encore. Cela dure dans la première expérience avec du brome jusqu'à la fin et la seconde, suit une augmentation à peine susceptible. On pourrait conclure d'après ces résultats à une descente de la rapidité de l'addition, sous l'influence de 2 gr.

de brome ; mais les autres recherches ne confirment pas trop évidemment cette conclusion.

Dans les épreuves avec du brome, l'opération augmente dans la première moitié, ensuite elle descend, dans B I, plus fortement que dans B II. On pourrait conclure à une influence réelle du brome, cependant 4 gr. n'ont pas eu une influence plus grosse que celle des 2 gr.

Les épreuves des sujets G. et R. sont semblables dans leurs résultats avec ces deux premières.

Dans une preuve faite sur le sujet L. avec 6 gr. de brome, l'opération perdait en intensité de plus en plus, en effet, mais non pas proportionnellement avec la quantité.

46 gr. brom. 20. III 94. 1188 1207 1169 1121 1092 1077.

Plus exactement le résultat de cette expérience doit être interprété ainsi : l'influence sûre et régulière du brome sur la marche de l'opération ne peut pas être établie, cependant un bon nombres d'épreuves ont laissé voir quelque petit ralentissement de l'opération.

III. — Epreuves sur le sens du temps.

Avec des petites différences, la méthode suivie dans cette recherche a été celle de *Kræpelin*. L'expérience consiste dans la reproduction du temps initial, sans interruption, pendant 45 minutes ; seulement, dans les jours de brome intervient, 10 minutes après le commencement, une interruption de quelques secondes, pour que le sujet prenne le médicament, mais on n'en tient pas compte. Selon la méthode de *Ejner*, on a calculé la quantité des fautes constantes faites pendant 5 minutes. Ainsi, on a obtenu pour chaque épreuve 9 valeurs, faisant abstraction de combien ces 5 minutes moyennes diffèrent-elles du temps initial, qu'on appelle le « temps normal ».

Les épreuves normales en général montrent une *surestimation* plus ou moins grande du temps normal, qu'il soit choisi en haut comme chez Kraepelin, ou en bas. Une explication de ce fait n'est pas facile.

Les deux épreuves normales du sujet Ho. et la seconde

épreuve normale de L. ont cela de commun que la surestimation du temps normal augmente continuellement avec des oscillations insignifiantes, à peine les dernières 5 ou 10 minutes trouve-t-on une diminution des fautes constantes. Cette descente doit être connue comme l'effet de la fatigue. L'épreuve N. III de Ho. diffère essentiellement de celles-ci ; on y trouve, dès le commencement, une forte et croissante surestimation, suivie d'une descente rapide pour monter de nouveau jusqu'à la fin avec des oscillations de peu d'importance. Mais ici encore une interprétation exacte des faits est difficile, il n'y a lieu que pour des conjectures. — Il en est tout autrement des épreuves avec du brome.

Les deux épreuves du sujet Ho. ainsi que celle de I. sont très semblables entre elles. Leur analogie consiste en ce que l'élévation des fautes constantes est suivie subitement 15 ou 20 minutes après l'assimilation du brome. par une diminution importante, approximative de la même force, et finit par une élévation durable mais insignifiante. Mais la forte surestimation du temps normal après la prise du médicament est à peine attribuable à l'influence de celui-ci, car il ne peut pas être si vite complètement assimilé, d'autant plus qu'il y a une vraie tendance à estimer les temps plus longs, et de valeurs si grandes on n'en trouve plus dans les autres épreuves, avec du brome.

La plus haute valeur des fautes constantes est la 4e de l'épreuve sans que les valeurs suivantes en soient influencées, et cependant l'effet du poison aurait dû apparaître à peine dans la 7e valeur.

Dans toutes les épreuves avec du brome, apparaît après 15 jusqu'à 20 minutes après la prise du brome. une très visible diminution de la valeur-estimation et cette descente doit être considérée comme une modification notoire de l'opération.

IV. — *Epreuves sur la mémoire.*

Il était généralement connu que les sels de brome affaiblissent la mémoire. Cette fois, on a voulu voir si des petites doses de brome peuvent avoir une influence aiguë sur la mémoire, comparable aux influences chro-

niques, L'expérience a consisté dans la mémorisation de 12 série de chiffres et syllabes sans signification, d'après la méthode de Ohm.

A. — Mémoire des chiffres.

Il y a eu 7 paires d'épreuves distribuées sur 3 personnes. Les résultats les plus nets sont ceux qu'on a obtenus du sujet Ru. La durée de chaque épreuve était d'une heure. Le tableau VI du travail de l'auteur contient le nombre des chiffres appris pendant un quart d'heure, et une rubrique spéciale contient le pourcentage du rapport entre les derniers quarts d'heure avec les premiers. Les deux courbes normales sont concordantes; les chiffres de N. II se placent, à cause de l'exercice, plus haut que ceux de N. I, cependant les deux courbes se couvrent presque entièrement. L'opération initiale et l'opération maxima sont aussi concordantes. Le travail descend, sans oscillation jusqu'à la fin, à un tel degré qu'il n'atteint plus ni même la moitié de la hauteur initiale. La descente subite du second quart d'heure est marquée dans les deux épreuves par une élévation exceptionnelle de l'opération pendant les premières 5 minutes, ce qui est une preuve de la forte tension de l'attention au commencement. Dans N II la même observation a été faite. Après ces épreuves, il n'y a plus de doute que la fixation et la remémoration des chiffres est rendue difficile, d'une manière sûre, par la dose de 2 gr.

Cette même netteté pour la rapidité verbale (de prononciation) n'existe pas en ce qui concerne l'influence du brome. Entre les épreuves normales et celles avec du brome, la différence, si elle existe, est très petite. Dans les premières, la rapidité de la prononciation augmente presque jusqu'à la fin, dans les dernières, elle reste la même ou diminue un peu. Ce fait doit être attribué, probablement, à l'altération de la mémoire sous l'influence du brome, et non pas à celle de l'innervation des muscles.

La disproportion entre la descente de la rapidité verbale et le ralentissement exceptionnel de l'action d'apprendre se relève sensiblement si l'on détermine des rapports entre les chiffres appris dans une section par-

ticulière et le nombre des répétitions, la valeur de la mémorisation de chaque répétition. Il est à s'attendre à une réduction sensible de celle-ci sous l'influence du brome, et les chiffres des épreuves avec du brome parlent d'eux-mêmes.

En ce qui concerne le temps qui s'écoule entre l'assimilation du brome et l'apparition de ses effets, on a trouvé que dans la première expérience avec du brome les effets apparaissent subitement ou après 9 minutes, dans B. II, ils apparaissent pendant le dernier tiers du quart d'heure.

Les épreuves faites sur Sch. et L. ont donné en gros et en total des résultats analogues alors même qu'ils n'ont été si clairs et réguliers que ceux de Ru. Bref, des 7 épreuves réalisées, on peut conclure que la mémorisation des chiffres souffre sûrement une influence défavorable et évidente de la part du brome, et cependant la rapidité verbale en reste inaltérée.

B. — Mémorisation des Syllabes.

Les épreuves ont été faites sur une seule personne (L). Les 5 épreuves obtenues se divisent en 2 groupes séparés par un intervalle de deux mois. Les conditions externes de l'expérience ont été, autant que possible, les mêmes. La durée des épreuves a été d'une demi-heure, le moment de la prise du brome était une demi-heure après le commencement.

Le nombre des syllabes apprises était relativement très petit. En moyenne pendant 5 minutes on a appris 13 syllabes à peu près, moins que les sujets de Œhrn. Au commencement on a travaillé avec un grand effort d'attention, aussi le maximum de l'opération tombe-t-il immédiatement dans le premier quart d'heure, pour descendre ensuite. Le tiers normal du jour avec du brome concorde exactement avec les épreuves normales. Plus tard, interviennent des valeurs plus grosses. La différence entre les premiers quarts d'heure et les derniers est de 42, 1 0/0. Dans les épreuves normales la fatigue continue à augmenter et atteint, pendant le troisième quart d'heure, son plus haut point ; le nombre des syllabes apprises est de 64,9 0/0 plus petit ici qu'au

commencement. Avec des oscillations notables, la courbe descend jusqu'à la fin qui diffère du commencement de 36,85 0/0. La courbe des jours avec du brome présente une marche analogue, seulement l'opération est ici plus régulière. L'influence du brome apparaît ici en cela que la mémorisation est facilitée au commencement, et ensuite elle est rendue plus difficile, car elle descend au-dessous de celle qu'on pourrait attendre normalement. Tandis que les premières demi-heures l'élévation de l'opération trahit d'une manière très sensible l'influence du brome, dans la dernière demi-heure l'opération est la même dans les deux séries : normale et avec du brome.

DÉSIGNATION DES ÉPREUVES	1	2	3
Epreuve normale.....	89	50	60
Avec du bromure.....	90	64	60

La valeur mémorisatrice d'une répétition dans sa marche montre clairement que les épreuves normales oscillent et que les épreuves avec du brome sont plus régulières ou ont une faible tendance à descendre après la prise du brome Quoi qu'il en soit, l'augmentation de l'opération sous l'influence du brome, doit être attribuée plutôt à la facilitation de la prononciation qu'à l'amélioration de la mémoire.

En définitive, l'influence du brome sur la mémorisation des syllabes est tout autre que celle qu'il exerce sur la mémorisation des chiffres ; ici cette influence est plutôt facilitante, tandis que là elle est paralysante.

V. — Prononciation des chiffres.

Le tableau suivant contient les résultats de 6 épreuves, dont les quatre premières ont occupé un espace de temps d'une heure, tandis que les deux dernières s'étendent sur 1 heure 1/2. Tous les quatre jours de brome, on a employé la dose de 4 gr. Les chiffres du tableau marquent

la somme des syllabes prononcées pendant un quart d'heure.

NATURE DES EXPÉRIENCES	LA DATE	LE TEMPS	1	2	3	4	5	6
N. I	4 V 94	9^{30} à 10^{30}	4712	5316	5112	5064		
B. I 49	5 V 94	9^{30} à 10^{30}	4772	4968	5040	4980		
N. II	6 V 94	9^{30} à 10^{30}	5024	5114	5320	5520		
B. II 49-900	7 V 94	9^{30} à 10^{30}	5380	5280	5440	5384		
N. III	9 V 94	9^{30} à 10^{45}	5312	5628	5820	5632	5632	
B. III 49	10 V 94	9^{30} à 11	5432	5964	5964	5832	5832	5972

L'influence de l'exercice y est, comme d'habitude, remarquable. Surtout l'élévation rapide de l'opération dans N. I. du 1er au 2e quart d'heure en est une très claire preuve. Cependant cette nouvelle augmentation diminue un peu dans la seconde moitié, et à la fin se trouve de 4,67 0/0 au-dessous de sa plus haute valeur, quoiqu'elle est toujours supérieure à sa valeur initiale de 7.47 0/0. La rapidité de la prononciation croît plus lentement dans N. II, mais régulièrement jusqu'à la fin où elle est de 9,87 0/0 plus grosse qu'au commencement. Plus vite encore croît-elle dans N. III. et atteint son maximum pendant le 3e quart d'heure, descend un peu ensuite, de sorte qu'elle dépasse encore à la fin de 8,36 0/0 sa valeur initiale.

Dans la première expérience, où le brome a été pris immédiatement, est, dans ses premières 3 sections, analogue à N. II ; dans la 4e section n'intervient aucune accélération mais un ralentissement. Il en est de même de B. II. Le propre de cette épreuve, c'est que, à un moment donné, où il devait se présenter une augmentation de l'opération, on trouve une petite descente, et que l'augmentation de la vitesse de la prononciation, quoique non pas d'une manière régulière, s'élève de nouveau à la fin de l'expérience. D'après les résultats de B. I et II, on pourrait croire que le brome ralentit la rapidité de la prononciation, mais cette conjecture n'est pas confirmée par B. III, plutôt elle parle contre cette conclusion, car le trait normal de B. III marque une remarquable aug-

mentation de la rapidité. Aussi, au lieu de conclure que le brome ralentit la prononciation, doit-on conclure plutôt que l'influence du brome sur la rapidité de la prononciation n'apparaît pas assez évidente, ce que d'ailleurs ne fait que confirmer la conclusion des expériences sur la mémorisation des chiffres.

VI. — Recherches ergographiques.

Ces recherches devaient établir si le travail des muscles souffre quelque influence de la part du brome. — On a employé continuellement un poids de 5 kilog. dans l'opération et on a marqué toutes les dix minutes par des courbes, jusqu'à l'épuisement de l'activité des muscles. Les jours normaux alternaient avec les jours de brome. Les doses étaient de 4 gr.; dans un cas seul on a employé 8 gr. On a pris, selon la disposition momentanée, une seule courbe, les 4 premières épreuves, et 2 courbes, les 5 dernières. Le temps de l'opération a été le même pour toutes les épreuves.

Des résultats obtenus et interprétés dans un tableau général, on a pu voir que toutes les épreuves sont d'accord à montrer que l'opération finale ne dépasse pas l'opération initiale, mais qu'elle reste tantôt au-dessous, et que tantôt elle s'élève au-dessus de celle-ci. En ce qui est de l'influence de l'exercice elle n'est pas visible.

En général, ici, les chiffres ne laissent pas voir une influence de la part du brome sur les exercices ergographiques, ni dans le sens positif, ni dans le sens négatif. Cette même conclusion est confirmée aussi par l'épreuve avec 8 gr. de brome.

VII. — Recherches sur la marche.

Pour pousser plus loin encore les recherches dans cette direction, on a voulu profiter du fait connu que certaines conditions excitatrices sont influencées favorablement par le brome. On s'est arrêté cette fois sur les mouvements du corps, qui, d'ailleurs, avaient été examinés par *Bettmann* aussi, qui avait conclu que ces mouvements ont une action paralysante, qui consiste, dans le prolongement des temps des actes de connaître, choisir et associer, dans l'affaiblissement de la mémoire,

etc., abstraction faite de l'augmentation des fautes dans les épreuves avec choix. On doit s'attendre que les influences excitantes des mouvements corporels soient essentiellement réduits sous l'influence du brome. En conséquence, les épreuves ont été arrangées de manière qu'on a examiné les excitations motrices naissantes après une promenade longue et rapide, tantôt avec brome, tantôt sans brome, et pendant certain temps au moyen des épreuves avec certain temps au moyen des épreuves avec choix.

On a réalisé 9 épreuves d'après cette méthode, 4 normales et 5 avec du brome, les dernières avec une dose de 4 gr.;et deux paires d'épreuves ont eu lieu un an plus tard. Ces dernières diffèrent des premières, en cela que l'enregistrement en a été fait par une autre personne. ce qui n'est pas sans avoir quelque influence sur le résultat obtenu, car les deux personnes différaient entre elles, dans la précision avec laquelle elles pouvaient enregistrer les données. Dans les épreuves N. I, B. I, B. II du premier groupe, on a marché pendant deux heures, et une heure seulement dans N. II et B. III. Pour être plus sûr que la marche coïncide avec les quarts d'heure de l'influence du brome, il a été laissé passer dans B. I et II, 30 et 20 minutes avant le retour au laboratoire, et dans B. III, on a essayé de voir si le brome influence le choix, en le faisant assimiler immédiatement après les 200 réactions. Plusieurs raisons ont rendu cette expérience vicieuse : les épreuves sont peu comparables entre elles, et le temps d'observation trop court.

Dans le 2e groupe on a fait une marche d'une heure tous les quatre jours d'expérience, et on a pris 100 réactions, pendant 13 minutes, avant la marche, et 300 réactions, 42 minutes après. Tous les deux jours de brome, celui-ci a été pris immédiatement après le retour au laboratoire, de sorte que l'effet en commence plus tard, de 40 minutes. Dans le premier groupe on a employé un pédomètre pour pouvoir fixer le rapport entre la quantité du travail et l'influence du temps de réaction.

Le tableau X contient les données moyennes vraisemblables de la totalité des réactions ainsi que le chiffre du

pourcentage des fausses réactions pour chaque épreuve préliminaire, dans la première colonne, et dans la seconde colonne pour les épreuves principales. La réduction des temps est très différente, la plus petite (11σ) en B. IV ; et la plus grosse (172 °) en B. II ; à la même oscillation est soumise le chiffre des fausses réactions, qui vacillent entre 91,25 0/0 (B. IV) et 146,15 0/0 (N. II . Cela confirme l'interprétation que Bettmann en a donnée. Les deux points les plus saillants du tableau sont : tout d'abord le nombre des fausses réactions est plus gros pendant la marche que d'ordinaire, et puis le nombre augmente précisément les jours de brome plus sensiblement que les jours normaux intermédiaires. On pourrait supposer ici le peu de compatibilité de la marche avec cette activité, mais il y a plusieurs faits qui rendent la supposition douteuse : c'est que le fait ne se présente pas dans toutes les épreuves normales, et d'autre part, qu'il atteint son maximum les jours de brome. On pourrait supposer ici plutôt l'effet d'une sorte d'auto-suggestion, mais à cela, il y a d'autres difficultés. Une explication plus plausible serait à chercher dans le fait que le sentiment d'effort et d'attente qui interviennent dans cette sorte d'expériences, exercent une influence favorable aux réactions fausses. Quoi qu'il en soit, l'explication n'a pas une valeur définitive, de même qu'on ne peut pas décider s'il y a une différence entre les jours normaux et ceux avec du brome dans les réactions obtenues après la marche.

En un mot, les résultats donnés par les épreuves préliminaires montrent plus ou moins la tendance à un prolongement continu des temps, et les chiffres finaux, sont, à une seule exception près, plus hauts que les chiffres initiaux.

Dans les recherches (définitives) principales, N. I. et II ainsi que B II et III sont essentiellement analogues. L'abréviation présente déjà dès le commencement, continue généralement presque jusqu'à la fin. L'abréviation totale, telle qu'elle résulte des derniers chiffres moyens des épreuves préliminaires et des derniers des épreuves principales, est pour les épreuves de 2 heures de marche N I et B II 106 et 172 σ, dans celle avec une heure de marche, N II et B III 180 et 220 σ. D'après ce résultat, il

paraît que le brome aurait plutôt facilité l'excitabilité motrice au lieu de l'empêcher. D'autant que les derniers chiffres moyens, exceptionnellement petits, témoignent pour une augmentation de cette excitabilité, d'où il faut induire qu'un choix réel est à peine à imaginer car on a réagi à l'imprévu et selon la disposition des muscles ; l'excitation attendrie n'est que par hasard d'accord avec l'excitation réelle.

Dans l'expérience avec du brome (B. I), l'abréviation initiale est à peine de quelqu'importance (76 σ) ; plus tard reviennent encore de gros chiffres, mais cela est difficilement attribuable à l'influence du brome ; on doit l'attribuer plutôt à la fatigue corporelle.

Dans le groupe II, l'épreuve B. V prend une position exceptionnelle, tandis que les autres trois se ressemblent entre elles. Leur analogie consiste surtout dans leurs oscillations concordantes entre l'abréviation et le prolongement de temps de réaction. Les données finales ne sont cependant pas semblables partout. L'épreuve B. IV est la seule où l'on peut penser à l'affaiblissement de l'excitabilité provenant du brome, mais cela n'est pas non plus très probable car le chiffre des réactions fausses n'est pas diminué. Les trois épreuves dont il s'agit concordent, surtout dans le pourcentage des fausses réactions qui est presque le même (17, 0 0/0, 15, 3 0/0, 15 3, 0/0). Une différence significative n'existe pas entre les épreuves normales et les épreuves avec du brome. Il en est autrement avec B.V, dans laquelle les chiffres montrent, immédiatement après la marche, un prolongement des taux et non pas une abréviation ; mais ici même intervient ensuite une abréviation qui est représentée à la fin dans des chiffres très petits.

Enfin, dans la généralité de l'expérience, on peut dire avec beaucoup de probabilités que l'influence du brome sur l'excitabilité motrice n'est pas remarquable. Une diminution de l'excitabilité motrice centrale ne se fait pas non plus voir.

VII. — Recherches sur les troubles apportés par une distraction.

On a voulu expérimenter sur des états psychiques

qui se rapprochent le plus possible des états pathologiques bien connus à cause de l'influence qu'ils subissent de la part du brome. Comme on le savait, l'influence du brome s'exerce de la manière la plus sensible sur les efforts intérieurs et sur l'irritabilité émotionnelle exagérée. On devait expérimenter sur des états psychiques comparables : artificiellement provoqués. Or telle a paru être, de l'avis de Kræpelin, la mémorisation des syllabes, qui exige de la patience et de la maîtrise de soi-même de la part du sujet. Pour augmenter les difficultés, on doit détourner encore l'attention des sujets par des lectures à haute voix.

Les épreuves ont été arrangées de manière que tout d'abord on devait apprendre pendant une demi-heure des syllabes sans signification et qu'en même temps l'attention soit troublée par la lecture mentionnée

Ensuite, la lecture continue et on continue aussi à apprendre encore pendant une demi-heure, alternativement un jour normal et un jour avec du brome. De la comparaison des jours normaux avec les jours de brome on pourrait déduire l'influence du brome sur les états psychiques correspondants.

A. — Mémorisation des syllabes avec trouble.

Un tableau (XI) du travail de Lœwald représente les syllabes apprises, dans la section I, celles qu'on a apprises pendant un quart d'heure de trouble (désordre) et un quart d'heure après. Il est intéressant, parce qu'il fait voir que, malgré l'effet de l'exercice intervenu dans le second groupe, le plus de travail est donné dans le premier groupe, mais cela doit être attribué à une mauvaise disposition des sujets. Il résulte aussi de l'examen des chiffres une habitude progressive avec le trouble dans la première série, plus rapide et moins évidente dans la seconde série. de sorte que le travail augmente pendant, ainsi qu'après l'épreuve troublée.

Le fait confirme aussi l'interprétation de Kræpelin qui considère l'habitude comme une propriété personnelle.

Que le trouble ait influencé réellement l'opération, il en résulte de l'élévation du travail pendant la seconde demi-heure et cela d'autant plus que, après l'omission

des troubles, l'opération augmente de plus en plus. On a supposé qu'il s'agit ici d'une sorte d'influence du contraste, qui, immédiatement après l'omission des excitations troublantes, augmente l'opération et, par contrecoup, produit une diminution sensible de celle-ci dans le quart suivant.

Quant aux rapports des jours normaux et avec du brome, on a dû noter que l'opération d'aucun jour avec du brome n'est inférieure à celle des jours normaux, après l'omission des troubles, donc le brome n'a produit aucune diminution de l'opération. Au contraire, la disposition psychique des sujets a été spécialement plus favorable, les B I et B II, qu'elle ne l'a été les N. I, N. II et N. III. Dans les épreuves avec du brome, le travail opéré pendant le second quart d'heure est, à l'exception de B. I, plus gros que dans le premier, après la cessation des excitations troublantes. Aussi l'influence favorable du brome sur le travail est claire comme le jour.

Cependant il est à voir si cette influence n'est pas attribuable aussi a la cessation des troubles, ce qui nécessitait des nouvelles recherches sur l'influence du brome sur la mémorisation des chiffres, qui est, comme on l'avait pu voir, plutôt paralysante que facilitante.

B.—Mémoire des chiffres avec trouble.

Après l'interruption des troubles on a continué à apprendre encore pendant une heure et on a tenu compte du travail fait par quart d'heure.

Chaque jour pris séparément, l'opération augmente, pendant les troubles, apparemment à cause de l'habitude; mais les premiers chiffres, après la cessation du trouble, montrent une si notable augmentation de l'opération. car celle ci s'est élevée à un chiffre 5 fois plus gros que les chiffres intérieurs. Dans les premières deux épreuves, une diminution se fait voir de nouveau dans le quart d'heure suivant, qui ne s'améliore que plus tard. D'où l'on peut conclure que, dans ces deux épreuves, la cessation du trouble montre tout d'abord une influence nettement favorable sur l'opération, mais que plus tard elle laisse voir, avec beaucoup de probabilité, une influence défavorable sur celle-ci. Au fond, tout cela est très ana-

logue avec ce qu'on avait observé et expliqué par l'influence du contrat dans la mémorisation des syllabes. Ce même contraste ne laisse plus voir aucune influence dans les dernières épreuves, car ici l'habitude s'est étendue si loin que le contraste n'a plus aucune force.

La marche ultérieure des recherches normales a été un peu différente. Dans une première expérience normale, après l'influence du contraste il est intervenu une descente notable et progressive de l'opération. Il devait y avoir ici une raison nuisible qui influençait la mémorisation. Dans la seconde expérience normale, l'opération montre après la cessation des troubles pour redescendre un peu seulement vers la fin.

Dans les épreuves avec du brome, on a vu, après quelques valeurs initiales, naturellement petites, dans le 4e quart d'heure, la somme du travail augmentant au-dessus du maximum des jours normaux, dans les jours suivants.

Le résultat de B. II est absolument surprenant car l'opération atteint une hauteur extraordinaire après la cessation du trouble, et monte au double de l'opération obtenue à la fin de la recherche normale.

Ici l'influence du brome sur la mémorisation des chiffres contredit celle de la mémorisation plus simple des chiffres ; car on a trouvé une augmentation de l'opération tandis que l'on avait constaté une descente évidente. On peut donc conclure que la simple mémorisation des chiffres est influencée d'une manière défavorable, tandis que la mémorisation des chiffres après la cessation des troubles l'est favorablement pour le brome.

De cette manière se clarifie aussi l'expérience de la mémorisation des syllabes, car là aussi l'influence favorable doit être attribuée à la cessation des influences troublantes. On est allé plus loin dans l'explication de cette contradiction constatée dans le fait que la mémorisation des chiffres est rendue difficile, tandis que la mémorisation des syllabes est facilitée par le brome, ce qui paraît inintelligible tout d'abord. Mais on doit penser que, tout autre est l'attitude du sujet devant la mémorisation de chiffres que celle devant la mémorisation des syllabes qu'il s'imagine extraordinairement difficile, tout

comme il s'imagine très facile la mémorisation des chiffres

Et alors il arrive le fait suivant, qui est très intelligible, le travail qui rencontre de grosses difficultés intérieures, est facilité par le brome, tandis que le travail qui s'accomplit avec facilité n'est influencé favorablement que seulement alors quand l'essai relève des empêchements intérieurs.

Le trait commun qui distingue l'influence du brome dans les différentes recherches c'est que par ce moyen certaines difficultés intérieures du travail sont combattues. Cela explique aussi l'accélération de la vitesse verbale dans les recherches sur les syllabes autant que sur les chiffres, sous l'influence du brome. Mais les empêchements intérieurs que l'influence du brome éloigne dans la mémorisation des syllabes influencent défavorablement, entre autres, la vitesse de la prononciation, arrêtant ainsi le déchaînement des mouvements verbaux. Mais l'influence du brome, dans les mêmes conditions dans lesquelles il facilite l'activité, devrait influencer favorablement aussi la rapidité de la prononciation. Cependant cette dernière influence est, comme on le sait, beauconp plus insignifiante, moins sûre.

Conclusions.

On peut résumer comme il suit les idées principales qu'on peut tirer de ces recherches :

1° Le brome possède, dans une large mesure, la propriété de produire des effets très spécifiques ; il laisse en état normal toute une série de phénomènes expérimentés et influence d'une manière très frappante une autre série.

2° Le brome n'a laissé voir aucune influence sur les associations mécaniques des additions, sur le déchaînement central des mouvements et sur la marche des mouvements musculaires, et de même sur les excitations motrices centrales d'après les efforts corporels ;

3° La conception en est peut-être rendue difficile ;

4° La mémorisation des séries de chiffres est évidemment rendue plus difficile sous l'influence du brome ;

5° La mémorisation des syllabes est facilitée par le brome :

6° Dès que le travail est rendu difficile par des troubles distractifs, l'action d'apprendre des chiffres et syllabes est facilitée par le brome ;

7° La rapidité de la prononciation n'est pas, en général, influencée par le brome, mais elle est accélérée dans la mémorisation des syllabes avec ou sans des troubles distractifs ;

8° Tout cela peut se résumer ainsi : le brome peut éviter et diminuer certaines difficultés liées à des sentiments désagréables qui sont le produit des influences distractives, ou même des opérations par elles-mêmes.

9° Les résultats des recherches psychologiques restent en parfait accord avec les expériences cliniques des influences psychiques du brome.

PATHOLOGIE INTERNE

La tuberculose dans les asiles d'aliénés ;

PAR MM.

Dr MARIE, Médecin en Chef

Dr J. ROLET, Interne

à l'Asile de Villejuif.

LES STATISTIQUES EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

Si la lutte antituberculeuse est à l'ordre du jour de toutes les Sociétés savantes depuis la découverte du bacille de Koch, c'est-à-dire depuis un peu plus de vingt ans, il y a déjà plus de quarante ans que Clouston (1) parlait aux aliénistes des ravages de cette affection dans les asiles de l'Ecosse, au moment même où l'Académie de médecine entendait Villemin la démontrer maladie infectieuse, transmissible et inoculable.

(1) CLOUSTON. — La tuberculisation et l'aliénation mentale, mai 1864.

Mais jusqu'à la fin du siècle dernier, les tentatives des médecins aliénistes pour attirer l'attention sur les sévices de la tuberculose dans les asiles furent rares et isolées.

Depuis une quinzaine d'années seulement nous voyons la question prendre corps et venir à l'ordre du jour des discussions dans les Congrès spéciaux, et nous trouvons les premières communications au Congrès des aliénistes allemands de Weimar en 1891, et au Congrès de Hanovre en 1892.

Elle devint internationale aux Congrès de Naples (avril 1900), d'Anvers (1902), de Bruxelles et Cassel (1903). En 1899, l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande instituait un comité spécialement chargé d'étudier la fréquence, les causes et la prophylaxie de la tuberculose chez les aliénés, pendant que la même année se réunissait à Berlin un Congrès de la tuberculose pour les asiles.

En France, où le mouvement se dessine d'une façon plus lente et moins officielle, nous trouvons dans un rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique quelques lignes de Napias ayant indirectement trait à la question. Il s'accentue toutefois avec le treizième Congrès de médecine de Paris (août 1900) qui, sur la proposition des Dr Marie et Toulouse, accepta un vœu demandant l'assistance réglementée aux aliénés tuberculeux. Récemment, au Congrès international de la tuberculose qui s'est tenu à Paris en octobre 1905, les Drs Briand et Marie vinrent insister sur la nécessité et l'urgence des mesures à prendre dans ce sens.

Les rapports et les vœux de ces différents Congrès ne sont d'ailleurs que la résultante et la consécration officielle de nombreux travaux individuels sur un sujet devenu d'actualité et dont nous citerons les plus récents.

En Angleterre, après les travaux du prof. Clouston, ce sont les études et les observations publiées principalement dans les périodiques de psychiatrie par les Drs

Crookshank, France, Drapes, Blair, Weasherly, Menzies et autres ; en Allemagne les publications de Nœtel, Snell, Hagen et surtout le travail récent de Geist sur la tuberculose dans les asiles ; les communications du Dr Luigi-Scabia en Italie, de Haviland et Harrington aux Etats-Unis ; en Russie, l'article de Toporkoff qui donne de la question une revue générale si documentée. En France, enfin, citons les rappels du Dr Briand dans les Rapports annuels sur le service des aliénés, les articles et les communications du Dr Marie, celle de Chardon et Raviart au Congrès de Bruxelles et les travaux scientifiques du Dr Anglade qui s'est attaché particulièrement au point de vue étiologique, pour en déduire les mesures prophylactiques à observer.

C'est à la suite de ce mouvement, dont ils étaient les auteurs, que les médecins des asiles eurent en France la satisfaction de voir instituer en 1901, par le Ministère de l'Intérieur, une Commission de la tuberculose ; ses enquêtes et ses observations se traduisirent par une circulaire ministérielle marquant le grand progrès fait dans la question d'assistance aux tuberculeux dans les asiles.

Actualité de cette question, urgence de cette assistance spéciale, voilà ce que nous voulons établir par la revue méthodique des travaux dont nous venons de faire le rappel historique.

Pour être édifié sur les ravages de la tuberculose dans la population des aliénés internés, il est utile de faire appel aux chiffres, malgré l'aridité d'un pareil exposé, et de consulter les statistiques établies dans ces dernières années en France et à l'étranger, et dont quelques-unes ont un caractère officiel.

Historique. — Si les statistiques de la mortalité tuberculeuse ont été établies d'abord et seulement pour les milieux hospitaliers ordinaires, il y a bien longtemps qu'on avait remarqué les rapports existant entre les affections pulmonaires et les troubles mentaux. Esquirol (1) et

(1) ESQUIROL. — Des maladies mentales, vol. II.

Georget (1) en France, Burrows et Ellis (2) aux Etats-Unis, signalent les premiers la fréquence de la phtisie pulmonaire chez les insensés ; elle déterminait la mort, disent les observations de Georget, de plus de la moitié des aliénés qui finissaient leurs jours à la Salpêtrière ; dans le même établissement, Louis signalait une proportion de trois décès par phtisie pour deux qu'il relevait à la Charité ; en Angleterre, Clouston avait une proportion de douze autopsies à l'asile royal d'Edimbourg pour cinq à l'hôpital Saint-Georges.

Mais ce n'est que récemment qu'on a pu, chiffres en main, établir que, d'une part, la tuberculisation pulmonaire est beaucoup plus fréquente comme cause de mortalité parmi les aliénés que parmi la population générale, que d'autre part, la comparaison du taux de la mortalité tuberculeuse pour les différentes villes attribue les chiffres les plus élevés à celles qui possèdent des asiles d'aliénés.

Asiles de France. — C'est ce qui ressort d'abord des renseignements établis par la direction de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur sur la population des asiles de France pendant cinq années (1894-1898); c'est ce que mettent en lumière les statistiques dressées à ce propos en 1900 par le professeur Brouardel, dont nous voulons rappeler les principaux chiffres.

Pour la totalité des asiles de France, la population moyenne annuelle étant de 57.424 aliénés, la population moyenne des décès par tuberculose est de 672.6, soit 117.1 décès par 10.000 malades ; si l'on se rappelle que la mortalité annuelle par tuberculose est chez nous de 43.8 pour 10.000 en moyenne, on en déduit que les aliénés payent un tribut 3 fois plus considérable que le reste de la population

Mais si l'on cesse de considérer la totalité pour entrer dans les comptes rendus détaillés, on est frappé de la

(1) Georget. — De la folie.
(2) Burrows et Ellis. — Commentaries of insanity.

disproportion qui existe dans la répartition entre les différents asiles de France. Brouardel établit les résultats suivants pour une moyenne de cinq ans :

Asiles	Population	Décès	Proportion pour 10.000
28	20.241,5	398,2	196,7
29	23.625,1	208,6	88,3
28	13.559,4	65,6	48,3

On voit que ce dernier chiffre se rapproche à quelques unités près de la mortalité moyenne en France.

Entrons plus avant dans les détails ; nous nous confirmons dans le fait que la mortalité n'est pas conséquente à la maladie et proportionnelle à la population des malades.

Sur 10,000 aliénés, l'asile de Cadillac (Gironde) en perd annuellement 556, d'après les statistiques de 1900 ; celui de Morlaix (Finistère) en perd 540, celui de Saint-Brieuc 396, celui de Nantes 320. Nous tombons beaucoup plus bas avec les maisons de la Seine, comme Charenton et la Salpêtrière qui n'atteignent pas 50, et le chiffre des décès annuels n'est plus que de 44 à l'asile de Caen, de 31 à celui d'Orléans, de 28 enfin sur 10.000 à l'asile de Pontorson.

Nous reviendrons plus loin sur les causes de cette disproportion en étudiant les grandes raisons de la contagion tuberculeuse, et nous n'attirons l'attention que sur la mortalité effroyable qui frappe quelques asiles. On pourrait accentuer ce caractère en cherchant, parmi les décès par tuberculose dans les villes d'où dépendent ces asiles, combien sont à l'actif de ces établissements. Citons seulement l'exemple de Clermont-de-l'Oise, où, sur 52 décès annuels par tuberculose, 33 sont imputables à son asile.

Asiles de la Seine. — Dans les asiles de la Seine, une stastistique des causes de décès établie par le Dr Marie prête aux considérations suivantes :

En 1889, pour 1017 décès, on en relève 170 par affec-

tion pulmonaire, parmi lesquels 45 cas de phtisie proprement dite, 33 bronchites chroniques et 11 hémoptysies. En 1903, pour 1325 décès, on en relève 156 par affection pulmonaire, parmi lesquels 50 cas de tuberculose et 20 bronchites chroniques.

Mais, avec le Dr Marie, nous tirons de cette statistique une déduction intéressante par comparaison entre les tableaux des décès classés selon le temps d'internement antérieur et ceux des causes de mortalité ; on trouve de cette mortalité deux maxima : l'un de 20,90 % dans le premier mois de l'entrée, l'autre de 12.22 % dans la période allant de 20 à 50 mois d'internement.

On peut en déduire qu'une première catégorie de débiles, dont les aliénés tuberculeux avant l'internement, s'élimine peu après l'entrée ; au contraire, le deuxième maximum de décès de la deuxième à la cinquième année de confinement dans l'asile, doit correspondre à un deuxième taux proportionnel maximum d'individus tuberculisés après leur entrée. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette considération.

Asiles privées. — Terminons cette revue des statistiques françaises par la comparaison avec la mortalité bacillaire dans les asiles privés. De 1893 à 1899, pour quinze maisons de santé, le nombre des décès annuels a été en moyenne de 17.6 pour une population de 4.261 aliénés ; nous retrouvons là la moyenne de la mortalité tuberculeuse en France, soit environ 39,9 pour 10.000.

Statistique générale. — A ces statistiques déjà publiées et dont nous n'avons fait que nous inspirer, nous avons la grande satisfaction d'en ajouter une autre, due à l'obligeance du Dr Bourneville, médecin en chef à Bicêtre. Chargé par le Ministère de l'Intérieur, pour le conseil supérieur de l'Assistance publique, d'un rapport sur le personnel des asiles, il a fait porter son enquête sur tous les asiles de France ; nous en avons dégagé avec lui les chiffres de la mortalité tuberculeuse mis en regard de ceux de la population, et c'est cette

statistique inédite, établie pour l'année 1903, que M. Bourneville nous autorise à publier dans cette étude.

Départements	Population H	Population F	Population Total	Décès Totaux	Décès Par tuberculose.
Ain :					
Sainte-Madeleine..		1099	1099	109	7
Saint-Georges.....	550		550	81	5
Aisne.....			1161	119	18
Allier.....			701	77	2
Alpes-Maritimes.....			807	69	9
Ardèche.....	425	490	915	51	6
Ariège.....	247	255	502	55	3
Aude (Saint-Joseph de Cluny).....	426	457	883	79	3
Aveyron.....	258	255	513	49	4
Bouches-du-Rhône:					
Aix.....	415	377	792	87	15
Saint-Pierre.....	649	669	1318	212	32
Sainte-Marthe.....	17	17	34	3	0
Calvados (Bon Sauveur)	559	735	1284	104	4
Cantal.....	110	102	212	18	0
Charente.....	294	365	659	64	4
Charente-Inférieure..	235	248	483	45	3
Cher.....	177	253	430	40	6
Corrèze.....			489	37	3
Côte-d'Or.....	343	364	707	84	4
Côtes-du-Nord :					
Saint-Brieuc.....			361	59	9
Bégard.....			829	2	2
Léhon.....			686	44	10
Eure :					
Navarre.....	487	501	988		
Gaillon.....			12	2	2
Eure-et-Loir.....	241	358	599	42	8
Finistère :					
Quimper.....			144	95	24
Morlaix.....			523	69	29
Gard.....			91	7	0
Garonne (Haute-).....	448	483	931	138	27
Gers.....	239	259	498	66	7
Gironde:					
Château-Picon.....			918	95	13
Castel d'Andorte..	22	11	33	8	0
Cadillac.....			599	96	11

Départements	Population			Décès	
	H	F	Total	Totaux	Par tuberculose.
Hérault	392	343	735	86	11
Ille-et-Vilaine	424	571	995	61	11
Indre-et-Loire	283	328	611	79	3
Isère	121	111	232	119	7
Jura	132	127	259	127	7
Loir-et-Cher : (Blois)	200	235	435	48	2
Loire-Inférieure	147	179	326	105	1
Loire (Haute-)	303	683	986	96	6
Loiret	307	345	652	68	1
Lot	323	305	628	34	3
Lot-et-Garonne	163	220	380	45	5
Lozère	207	301	508	59	4
Maine-et-Loire	101	142	243	88	11
Manche :					
Pont-l'Abbé Picauville	357	552	909	55	2
Saint-Lo			542	40	0
Pontorson	58	61	119	46	4
Marne (Haute-)	355	409	764	121	4
Marne	260	328	588	111	14
Mayenne	322	595	917	53	6
Meurthe-et-Moselle :					
Maréville	924	829	1753	111	6
La Malgrange	9	6	15	3	2
Meuse	253	312	565	71	7
Morbihan	310	433	743	115	16
Nièvre	408	416	824	68	15
Nord :					
Armentières			880	151	18
Lommelet			775	80	7
Bailleul			1360	142	16
Oise	857	792	1649	260	37
Orne	266	291	557	59	10
Pas-de-Calais			874	66	6
Puy-de-Dôme	110	843	953	67	4
Basses-Pyrénées	441	397	838	51	3
Rhône :					
Bron	749	952	1701	232	44
Saint-Jean-de-Dieu			774	100	29
Sarthe	326	449	775	67	17
Savoie	331	361	692	77	10
Seine-Inférieure :					

Départements	Population H.	Population F.	Population Total	Décès Totaux	Décès Par tuberculose.
Quatre Mares.....	808		808	134	9
Saint-Yon.....		1310	1310	102	7
Sèvres(Deux).....	432	368	800	66	6
Somme.....	277	259	536	78	2
Tarn.....	332	384	716	44	5
Vaucluse.....	693	717	1410	160	32
Vendée.....	276	304	580	70	11
Vienne.....	51	121	172	23	1
Vienne (Haute-).....	119	110	229	88	19
Yonne.....	66	67	133	15	7
Asiles de la Seine :					
Salpêtrière.....		720	720	61	1
Bicêtre.....	224		224	61	4
Charenton.....	222	375	597	73	6
Dun-sur-Auron...	6	902	908	92	5
Maison-Blanche...		314	314	58	4
Vaucluse:					
	376	398		63	2
colons.....	257		1288	0	0
enfants.....	257			0	0
Ville-Evrard :					
Pensionnat....	103	117	220	31	0
Asile.....	648	411	1059	207	4
Villejuif.....	637	762	1399	185 64	5 6

A l'étranger, les médecins aliénistes ont dressé des statistiques aussi édifiantes que les nôtres sur la mortalité tuberculeuse dans leurs asiles, et des documents intéressants à ce point de vue, reçus en particulier de Grande-Bretagne, d'Allemagne, de Belgique, montrent la réalité du danger et l'urgence des réformes dans tous les pays où l'on s'occupe de l'assistance aux aliénés.

En *Allemagne*, où la tuberculose chez les aliénés est depuis longtemps à l'étude, on sait que depuis 1850 Hagen s'était occupé de la question (1), mais que les résultats statistiques auxquels il était arrivé ont été

(1) HAGEN — Lungenschwindsucht und psychische Krankheiten (*Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*. Band, 7. p. 253.)

rectifiés par lui en 1876. Rappelons d'abord que de 1886 à 1889 la mortalité tuberculeuse y était de 13 °/₀.

En septembre 1891 le Dr Bœtel communiqua à la réunion des médecins allemands des statistiques d'où il résultait que, sur l'ensemble des décès dans 34 asiles, on en relevait de 5.2 à 40 °/₀ par la tuberculose, et dans ce nombre cinq fois seulement la mortalité était au dessous de 10 °/₀ ; huit fois elle atteignait et dépassait 25 %.

Le Dr Oswald (1) a fait porter son enquête sur la population des asiles de Hofheim et Hoppenheim dans le Grand-Duché de Hesse : il a constaté d'abord que sur 137 aliénés morts tuberculeux dans ces asiles, 92,66 °/₀ présentaient une forme démentielle de la folie. Ses chiffres qui portent sur les années 1877 à 1900 donnent pour 100 décès une moyenne de 25,12 par tuberculose à l'Asile de Hofheim et de 22,4 à l'asile de Hoppenheim.

En Prusse, alors que pour la population générale le taux de la léthalité tuberculeuse n'est que de 0,39 °/₀ il est, dit le Dr Wülff, dont les recherches ont porté sur les asile d'idiots, de 2,6 pour ceux-ci et de 1,3 pour les autres aliénés.

Une étude statistique a été faite pour l'asile de Hildesheim par le Dr Snell (2) qui, sur 1240 décès survenus de 1861 à 1887, relève 322 fois des lésions tuberculeuses à l'autopsie, soit 25,9 %. Il donne le détail suivant des formes de folie :

		Cas tuberculeux	Pourcentage.
Démence consécutive à la mélancolie.	143	59	41,3
Mélancolie.....	169	67	39,7
Démences consécutives autres.....	162	62	39,7
Délire.....	177	63	35,6
Démence primitive, idiotie.....	63	19	30,1
Folie épileptique.....	102	18	27,4

(1) Oswald. — Die tuberculose in den Irrenanstalten (*Allg Zeitschr. f. Psych.*)

(2) Snell. — Lungenschwindsucht bei Geisteskranken. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* (Band 48, p. 166.)

Manie	59	16	27,1
Folie périodique	38	7	18,4
Paralysie	3:0	1	0,3
Délire aigu	7	0	0,0
Totaux	1240	322	25,5

Enfin tout dernièrement Geist a publié une statistique sur le développement de la tuberculose dans l'établissement de Zschardrass, en Saxe (1). Alors que pour le royaume la moyenne annuelle des décès par tuberculose fut de 21 °/₀, elle s'éleva à 65 °/₀ dans l'Asile ; sur cent aliénés, dit-il, dans une autre enquête, un ou deux sont atteints de tuberculose à pronostic funeste. Il conclut que cette maladie tue bien davantage dans l'asile que dans le reste du pays et réclame d'énergiques mesures prophylactiques.

Angleterre. — En Grande-Bretagne où, sous la direction de la Société médico-psychologique la question de l'Assistance aux aliénés a une haute importance, les Drs Clouston, Crookshank, Drapes, France, sont d'accord pour reconnaître que les chiffres officiels de la mortalité par phtisie dans les asiles sont au moins d'un tiers inférieurs à la réalité, quoiqu'ils accusent une proportion quatre fois plus élevée dans les asiles que pour la population générale, entre 35 et 45 ans.

On sait que dans le Royaume-Uni la mortalité par tuberculose est aussi meurtrière que chez nous, puisqu'en 1899, par exemple, elle a fait par million d'habitants 1463 victimes en Angleterre et 2092 en Irlande.

Des statistiques spécialisées aux asiles furent, il y a déjà plus de quarante ans, dressées par Hitchmann qui trouvait vingt cas de phtisie sur cent décès à l'asile de Hanwell, et par le Professeur Clouston (2) qui, sur 1082 décès dans l'Asile Royal d'Edimbourg de 1842 à 1861,

(1) Geist. — Tuberculose und Irrenanstalten. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd. 61, p. 477).

(2) Clouston. — La tuberculisation et l'aliénation mentale, *Ann. m. p.*, mai 1864, p. 315.

assignait la phtisie comme cause dans 315 cas, à peu près le tiers. Plus récemment Clouston, en ayant recours seulement à l'examen clinique, évaluait à 27 °/₀ la proportion moyenne des tuberculeux dans les Asiles d'aliénés d'Ecosse.

De même un relevé de 1897 nous montre, sur 7298 décès dans les asiles d'Angleterre et du pays de Galles, 1064 attribués à la phtisie. Mais les autopsies systématiquement pratiquées augmentent notablement la proportion ; c'est ainsi qu'il résulte des autopsies pratiquées en 1898 dans les Asiles de Claibury, de Colney Hatch et de Cane-Hill que 127 cas de tuberculose furent constatés alors que l'examen clinique n'en avait dépisté que 67.

Un relevé statistique pour les Asiles d'Angleterre et du pays de Galles donne les chiffres suivants :

	Population	Décès	Tuberculose	
1895.....	71.648	7.182	1.135	4.477
1896.....	74.684	6.783	1.029	
1897.....	77.217	7.298	1.140	
1898.....	79.983	7.578	1.173	
Moyennes.	75.903	7.210	1.119 = 15.52 %	

Pour les asiles du Comté de Londres seulement la mortalité totale pendant les mêmes années a été, pour un effectif de 11,442 malades, de 4182 décès, dont 482, soit une proportion de 10,5 °/₀, de tuberculoses vérifiées.

L'opposition de ce pourcentage à celui de 15,52 pour tous les asiles d'Angleterre est plus apparente que réelle : comme nous venons de le dire, l'autopsie vérifie ou découvre des lésions tuberculeuses chez des sujets douteux et méconnus et l'emploi du réactif de Koch permet d'obtenir des proportions plus fortes de tuberculeux à la période appelée par le Professeur Grancher la période de germination.

Le Dr Crookshank (1), rappelant la décroissance

(1) Crookshank. — Phtisis pulmonalis in asylums. (*Journal of mental science*, oct. 1899, p. 663.)

réelle de la mortalité dans la population libre du Royaume-Uni qu'il évalue à 30 °/₀ de 1871 à 1880, constate que la mortalité dans les asiles, après avoir fléchi pendant les dix-sept premières années, a, depuis cette époque, une nouvelle tendance à l'accroissement, cette récrudescence est marquée surtout dans les asiles irlandais où la mortalité dépasse de 50 °/₀ celle des asiles d'Angleterre tandis qu'au contraire elle lui est de 20 °/₀ inférieure dans les asiles d'Ecosse.

C'est surtout Thomas Drapes (1) qui insiste sur la mortalité tuberculeuse en Irlande, pays de misère où la consomption pulmonaire est commune ; en 1899, sur une proportion de 10.000 décès pour toutes maladies, il en compte 728 par tuberculose en Angleterre et 1198 en Irlande, soit une différence de 4.61 °/₀ ; quant à la mortalité par la phtisie dans les Asiles, elle atteint 204, 69 pour 10.000 en Irlande au lieu de 141,41 en Angleterre. Bref il conclut que d'abord la mortalité des asiles est quatre fois en Angleterre et cinq fois et demie en Irlande plus forte que dans la population générale et que la phtisie est dix fois plus meurtrière chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit.

De ces nombreuses statistiques anglaises nous dégagerons, pour résumer, la considération suivante : pour une population moyenne de 1000 malades, le chiffre moyen de décès par tuberculose dans les Asiles est de 14,7 en Grande Bretagne, de 10,4 en Ecosse et de 23,9 en Irlande. Voilà bien dépassée notre moyenne de 11,7 que nous trouvons si éloquente en France.

Autriche-Hongrie. — Les documents statistiques manquent pour les asiles d'Autriche-Hongrie où la question a pourtant été abordée il y a longtemps par Leidesdorf (2) qui signalait la fréquence de la phtisie parmi les aliénés de Vienne et par le Professeur En-

(1) Drapes.—Phtisis and insanity. (*Journal of. mental science*, oct. 1901, p. 668.)

(2) Leidesdorf. — Pathologie und therapie der psychischen Krankheiten.

gel (1) qui, sur 314 autopsies faites à l'asile de Prague, rencontra dans la moitié des cas environ des lésions tuberculeuses ; Le Dr Pandy Calman a repris la question dans son dernier rapport général de 1905.

Aux *Etats-Unis* les premières enquêtes furent faites par Workmann qui, dès le milieu du siècle dernier, établissait une proportion de 27 % de mortalité par consomption, proportion augmentée pour l'asile de New-York par les renseignements donnés à l'autopsie.

Actuellement, on trouve dans certains asiles d'Amérique soixante pour cent des aliénés atteints de tuberculose (2). Toutefois, en 1896, le Dr Georges Allen (3) affirmait que, pour les asiles de l'Etat de New-York, la proportion était bien différente et ne dépassait pas douze pour cent. « Dans l'Asile de Middleton en particulier, dit-il, elle est encore moindre et dans les vingt dernières années elle a été d'environ 4 %. » Cette amélioration tient, pour le Dr Allen, à la situation de l'asile et aux mesures hygiéniques qu'il y fait prendre.

En *Hollande* Schrœder van der Kolk a indiqué la fréquence de la phtisie parmi les individus frappés d'aliénation mentale et le rapport qui existe entre ces deux maladies.

Pour ce pays, nous avons une statistique générale assez récente (4).

Il est mort par tuberculose :

De 1875 à 1880	43.866	personnes,	en moyenne	8775.2 par an
1880 à 1885	41.645	»	»	8329.»
1885 à 1890	42.162	»	»	8432.4
1890 à 1895	44.407	»	»	8881.4
Moyenne.	172.080	»	»	8604.0

La mortalité fut de 2,02 pour 1,000 habitants ; or il

(1) Fischer. — Pathologische und anatomische Befunde in Leichen von Geisteskranken.

(2) Harrington. — *American Journal of insanity*, juillet 1900.

(3) G. Allen. — La phtisie chez les aliénés. (*States hospitals Bulletin*, avril 1896.)

(4) Bavinck. — De stafte aan tuberculose in Néderland, 1891-1895, Kampen, 1897.

est prouvé que dans les asiles hollandais elle est notablement supérieure.

En *Belgique*, où la Société Anversoise contre la tuberculose s'est occupée de la question sous la direction du Dr Terwagne, des statistiques publiées par le Dr Peeters l'amenèrent à conclure que dans les asiles belges « la tuberculose exerce de grands ravages et que les « chiffres officiels des décès sont loin de concorder avec « la fréquence réelle de l'affection ».

« D'après Destrée et Gallemaërs dit-il, 1.400.000 « habitants des grandes communes fournissent par an « 5177 décès par suite de tuberculose ; quatre millions et « demi d'habitants des petites villes et des campagnes « donneraient par an 11093 décès par la même cause, « soit pour la Belgique entière, sur une population de « 5.909.975 habitants recensés au 31 décembre 1886, « environ 16.270 décès ou 2.94 par 1000 habitants, « (soit 149 décès par tuberculose pour 1000) ». Il ajoute toutefois que le chiffre attribué aux petites villes et aux campagnes est exagéré.

Nous trouvons encore, dans le *Treizième rapport sur la situation des asiles d'aliénés du royaume*, l'état de la mortalité générale et spéciale pendant les années 1887-1892.

Année	Mortalité générale	Mortalité par tuberculose	Population
1887	911	71	9.283
1888	925	64	10.209
1889	995	67	10.521
1890	1.041	71	10.777
1891	1.080	72	11.083
1892	1.135	69	11.482

Si l'on considère les derniers chiffres, on remarque avec Peeters que la mortalité tuberculeuse semble baisser à la fin de la période, malgré l'augmentation considérable de la population; mais si les autopsies étaient

(1) Destrée et Gallemaers.— La tuberculose en Belgique, p. 17.

régulièrement faites, on trouverait fréquemment, des tubercules chez des sujets décédés sous une autre étiquette dans la proportion de deux tuberculoses méconnues sur une reconnue par la clinique, ce qui infirme singulièrement les déclarations officielles.

Dans le même ordre d'idées, l'examen de ces statistiques de décès dans les asiles belges confirme l'opinion de Peeters au sujet de la probabilité des tuberculoses méconnues.

Année	Décès par marasme organique	Par bronchite
1887	132	28
1888	162	24
1889	155	25
1890	158	38
1891	151	39
1892	164	41
	922	195

Le marasme organique étant le retentissement d'une lésion d'un appareil, on peut affirmer qu'il s'agit dans nombre de cas d'une lésion pleuro-pulmonaire et si l'on songe aux difficultés de diagnostic de phtisie chez les aliénés on comprend que les décès inscrits sous la rubrique : marasme général, aient souvent pour cause une lésion tuberculeuse. De même, la bronchite chronique est aussi souvent assurément en Belgique qu'en France le terme atténué qui signifie tuberculose.

Ajoutons quelques chiffres de mortalité donnés par l'asile de Tournai et celui de Mons.

A Tournai, sur une population maxima de 854 hommes de 1897 à 1901, on ne relève que 22 décès par tuberculose. A Mons, sur une population maxima de 519 femmes de 1890 à 1901, on relève 38 cas de tuberculose pour 507 décès.

On constate ainsi le tribut plus élevé payé par les femmes à la tuberculose, constation faite par le Dr Wülff à l'asile de Langenhagen, par le Dr Peeters à la colonie de Gheel.

Pour les colonies, en particulier en Belgique, où le Patronage familial est bien organisé, les statistiques montrent au point de vue de la tuberculose un bien meilleur état sanitaire. Celles de la colonie de Gheel sont parculièrement intéressantes. Les comptes rendus des tentatives faites dans le même sens en Ecosse, depuis longtemps, en France depuis 1891 par le Dr Marie, prêtent à des considérations intéressantes au point de vue prophylactique ; nous les exposerons quand, après avoir indiqué le mal, nous étudierons ses causes et nous chercherons ses remèdes. (*A suivre.*)

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS.

(Milan, 26-30 septembre 1906.)

Le 11e Congrès international de l'assistance des aliénés, qui vient de tenir ses assises à Milan, a eu une importance exceptionnelle due à la qualité de ses membres et à la valeur des rapports lus aux séances.

Le Congrès avait été organisé d'une façon parfaite par le bureau ainsi composé : Prof. Augusto Tamburini (S. Maurizio, Reggio Emilia), *Président* ; Dr Prof. Edoardo Gonzales (Milano), *vice-Président* ; Dr Prof. G. Cesare Ferrari (Bertalia, Bologna). *Secrétaire Général* ; Dr Prof. Eugenio Medea (Milano), *vice-Secrétaire Général* ; Dr Piero Gonzales, *vice-Secrétaire Général* et *Trésorier*.

Nous ne saurions trop rendre hommage à tout le tact dont l'éminent professeur Tamburini a fait preuve durant sa présidence. Le secrétaire général, le très dévoué professeur Ferrari, mérite plus que des éloges : il a droit encore à toute notre reconnaissance. Il s'est multiplié pour satisfaire aux désirs de chacun et pour organiser d'une façon réellement parfaite son Congrès et il a d'autant plus de mérite que nous étions ici en pleine Exposition internationale. Des discours ont été prononcés à la séance d'ouverture et aux fêtes qui eurent lieu pendant le Congrès. Mais la place nous est mesurée et nous ne pouvons déjà étudier suffisamment les rapports lus aux séances. Qu'il nous soit permis cependant

de citer ceux du professeur Tamburini, de Lombroso, dont l'arrivée à la salle des séances provoqua des tonnerres d'applaudissements et du professeur Bianchi, l'ancien ministre de l'Instruction publique. Beaucoup de nations s'étaient fait représenter au Congrès.

Les délégués officiels des Gouvernements étaient : pour le gouvernement italien : MM. Merlo (doct. comm. Ildebrando), chef de la division de la bienfaisance et de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, Roma, et Santoliquido (prof. comm. Rocco), directeur général de la Santé publique, Roma ; — pour le gouvernement allemand : M. Bonhoeffer (doct. Karl), professeur de psychiatrie et de neuro-pathologie à l'Université de Breslau ; — pour le gouvernement autrichien : M. Piloz (doct. prof. Alexander), de l'Université de Wien ; — pour le gouvernement belge : M. Peeters (doct. J. Alex.), directeur de la colonie de Gheel ; — pour le gouvernement français : MM. Marie (doct. A.), médecin en chef à l'asile de Villejuif, secrétaire au Conseil supérieur de l'Assistance, Paris, Graux (doct. Lucien), Paris ; M. Decante, juge à Pontoise ; M. le Dr Voisin, de la Salpêtrière, Dr Legrain ; — pour le gouvernement de la Grèce : M. Catsaras (doct. Michel), professeur de neuropathologie et de psychiatrie à l'Université de Athènes ; — pour le gouvernement hollandais : M. Van Deventer, prof. (doct. J.., Szn.), Inspecteur de l'Etat pour les Asiles des aliénés, Amsterdam ; — pour le gouvernement hongrois : M. De Raisz (doct. Guido), Conseiller de Section au Ministère de l'Intérieur, Budapest ; — pour le gouvernement du Luxembourg : M. Buffet, Médecin Directeur de la Maison de Santé de Ettelbrück ; — pour le gouvernement du Portugal : Lambertini Pinto J. M., chargé d'affaires du Portugal à Milan ; — pour le gouvernement de Roumanie : M. Obregia (doct. Alexander), professeur d'histologie à l'Université de Bukarest ; — pour le gouvernement suédois : M. Kinberg (doct. Olaf), Upsala.

***

Le premier thème général était celui-ci : *Progrès de l'assistance des aliénés et surtout de leur assistance familiale dans les différents pays depuis 1902 (date du Congrès d'Anvers) jusqu'à nos jours.* Toute une série de rapports formant autant de monographies consciencieuses ont été envoyés sur cette question, par MM. Antonini, Bonnet, Konrad, Macdonald, Menzies, Mongeri, Moreira, Nerander et Vos. Il résulte de cette vaste enquête que les bienfaits de l'assistance familiale sont de plus en plus appréciés et que son champ d'action s'étend chaque jour.

Trois rapports ont été déposés sur le deuxième thème général : *De l'organisation des compartiments d'observation, de surveillance et d'isolement dans les asiles et dans les colonies*, par MM. Bond, Brauchli et Deventer.

Suivant ce dernier auteur, les meilleurs moyens de traitement pour les états d'agitation sont: 1° un complexus de salles, grandes et petites, faciles à surveiller ; 2° la séparation des malades d'une manière telle qu'ils ne se troublent pas l'un l'autre ; 3° un état-major suffisant d'infirmiers professionnellement instruits : et surtout ; 4° un traitement physique, l'influence suggestive du médecin traitant, la psychothérapie.

Le professeur Brauchli (de Zurich) montre dans son rapport qu'il faut avoir soin de traiter individuellement les malades dans les stations d'observation, autrement le traitement au lit pourrait être nuisible ; c'est pourquoi on doit éviter de le faire durer trop longtemps et le remplacer à temps par la thérapeutique du travail. Il est nécessaire d'organiser des stations d'observation pour les tranquilles, les agités, les gâteux et les infirmes.

Au point de vue psychiatrique, il serait recommandable de placer les stations d'observation pour les tranquilles et celles pour les gâteux et infirmes dans des bâtiments spéciaux à un étage, tandis qu'on fera mieux de combiner celles pour les agités avec les quartiers de cellules.

Une station d'observation doit contenir : une salle d'observation, une salle de réunion, des bains avec toilette, une ou plusieurs chambres à un lit ; celles pour les agités devant être plus fortement construites ; enfin un parloir, une chambre d'examen, une chambre de garde, un office et des *closets*. Avec la salle d'observation doivent toujours communiquer directement les chambres à un lit, une chambre de garde et un *closet* ; chez les tranquilles et les gâteux, la salle de réunion fera aussi partie du nombre de ces pièces adjacentes, et chez les agités et les gâteux, il en sera de même pour les bains. Quant à la disposition des autres annexes elle sera conforme aux circonstances locales.

***

Le Dr Ladame a fait un rapport très documenté sur les *Sociétés suisses de secours aux aliénés* très florissantes, et ayant à leur disposition des fonds très élevés.

Madame Marie, la charmante compagne du médecin en chef de l'asile de Vuillejuif, a traité d'une façon particulièrement remarquable la *question des convalescents sortant des asiles*. Le patronage familial des aliénés guéris doit s'occuper

des familles des malades internés, pour leur conserver un foyer en cas de sortie et renouveler les rapports entre les malades et ce foyer en cas de guérison. Le patronage des convalescents permettant les sorties précoces de l'asile et constituant la meilleure prophylaxie des rechutes, doit être encouragé par les pouvoirs publics, qui, en le subventionnant, évitent des internements multiples et prolongés.

Le patronage, en cas de rechute, doit pourvoir aux premiers soins à domicile et aplanir les formalités de réinternement, les placements tardifs étant les moins curables. Le patronage doit vulgariser les notions relatives à l'aliéné et détruire les préjugés qui tendent à le faire considérer comme un malade différent des autres et constamment dangereux. La propagande dans ce sens et l'activité en faveur des appuis moraux aux aliénés sortis et à leur famille sont aussi essentiels que les secours en argent et les appuis matériels. Les œuvres de patronage doivent assurer l'un et l'autre.

Le comm. Merlo, chef de la division de la Bienfaisance publique au Ministère de l'Intérieur, a écrit un rapport du plus haut intérêt sur le patronage des aliénés pauvres. Les conclusions doivent en être citées tout entières :

« A la suite de l'initiative privée devront surgir en grand nombre, en chaque Etat, des Sociétés de Patronage pour aliénés pauvres, avec le concours de spécialistes, de médecins, de citoyens de toute classe capables de contribuer, — même par leur œuvre personnelle seulement, — à la propagande de l'idée du patronage, et à un exercice profitable de sa fonction. Ces Sociétés surgies dans chaque Etat pourraient compléter et intégrer leurs forces par la formation d'une grande fédération nationale, qui pourrait prendre des accords convenables avec les fédérations analogues des autres pays, pour l'échange d'informations et d'études, et éventuellement pour s'entr'aider par la mutualité de leurs prestations.

Là où une coopération si large ou l'initiative privée feraient défaut, l'Etat (fonctionnant comme stimulateur pour arriver au même but) devra se préocuper, au moins, partout où un asile d'aliénés existe, de faire surgir, avec le concours de la Direction de l'Asile, un noyau d'association capable d'étendre son action dans le territoire circonstant, au moyen, soit de Comités locaux, soit de personnes chargées de la chose, soit encore par le concours des associations autonomes, qui pourraient se constituer éventuellement dans quelque « *Commune* ».

L'action des Sociétés de patronage doit s'exercer en faveur de l'aliéné déjà au commencement de sa maladie, et pendant son traitement et sa convalescence, comme un moyen d'intégra-

tion, dans le système de l'assistance familiale ; dans tous les cas comme agent moral d'une guérison plus rapide, et comme moyen de préparation du patronage qui devra s'exercer sitôt la guérison complète.

Cette action s'étendra, si possible, d'une façon préventive aux personnes prédisposées aux maladies mentales ; et, comme surveillance et comme assistance, elle continuera son action alors que l'aliéné aurait trouvé une occupation régulière et rémunérée.

Le patronage doit se proposer, en ligne principale, d'ôter du chemin de l'aliéné guéri les obstacles, qui, dans le milieu social s'opposent à la tranquillité de son esprit et à sa productivité, en lui fournissant les moyens avec lesquels, par son propre travail, il puisse pourvoir à sa subsistance, et ne lui accordant des subventions qu'en voie tout à fait exceptionnelle et temporairement.

L'argent gagné par l'aliéné à l'asile, pendant son traitement, devra être administré, pendant un certain temps, par un membre de la Société de patronage, qui en surveillera et réglera l'usage.

Le patronage doit être étendu aux familles des aliénés afin d'exercer une influence favorable sur l'esprit du malade, et pour que le milieu où il devra revenir sitôt guéri soit le plus adapté à le recevoir. Pour arriver à cela il faudra :

Dans l'ordre moral : travailler à maintenir vivaces les affections familiales et, s'il y avait des dissenssions, tâcher de les faire disparaître, empêcher ou vaincre toutes les causes de chagrin ou de préoccupation de la part de l'aliéné à son etour dans sa famille ;

Dans l'ordre économique : éviter la dispersion des biens de aliéné en procurant aux membres de sa famille les moyens de vivre par leur travail.

a) Etant donné que les subventions matérielles ont d'autant plus de valeur lorsqu'elles sont accompagnées de l'œuvre intelligente et consciente de son but de celui qui donne, il faudrait confier aux Sociétés de patronage la tâche de la distribution des secours fixés par les statuts des institutions de bienfaisance et d'assistance publique en faveur des aliénés et de leurs familles, lorsqu'ils sont pauvres.

b) On devrait aussi coordonner l'action des Sociétés de patronage, de bienfaisance publique, en tous les cas où il y aurait lieu à un échange dans les prestations, ou bien à une action commune (fondation d'Instituts, de maisons de travail, de bureaux d'information et de placement) qui pourrait leur

permettre d'arriver au même but avec une dépense plus petite et un profit plus grand.

L'Etat, tout en laissant à l'initiative privée le soin de la constitution des Sociétés de patronage, et en respectant l'autonomie, doit stimuler et favoriser leur formation, leur fédération et les rapports qu'elles peuvent avoir avec celles des autres Nations; il doit solliciter leur coordination avec les Institutions existantes, pour assurer, par la force des lois et par des accommodements d'ordre administratif, une aide matérielle et morale; il doit concourir aux dépenses par des élargitions en vue de l'utilité publique qui peut dériver d'elles; mais plus encore à cela doivent contribuer, et en mesure plus large (à cause de la valeur que le Patronage a pour prévenir les maladies, pour éviter les rechutes, et pour hâter les guérisons) les Corps publics auxquels revient l'obligation de l'assistance des aliénés (1). »

*
* *

Le quatrième thème général était le suivant : *De l'assistance des anormaux* (faibles d'esprit, alcoolisés, épileptiques, fous moraux, criminels, etc. Le premier rapport était celui du Dr Courjon. Il a rendu hommage aux travaux de M. Bourneville dans des termes trop justes pour que nous ne les rappellions pas ici.

« Bourneville, disciple de Séguin, mieux servi peut être par les circonstances, mais fort surtout d'une inlassable activité, d'une persévérance que rien ne rebute, est en France l'apôtre de la cause des anormaux. Le Maître de Bicêtre, comme nous, ses élèves, aimons à le nommer, ne s'est pas borné à prêcher la bonne parole, il a prêché d'action ; apôtre, il a non seulement fondé une église, il a bâti un temple. Il a, comme nous, le disions tout à l'heure, modernisé, complété et perfectionné la méthode de Séguin, et il l'a vulgarisée grâce à un labeur incessant de trente années ; d'autre part, il a organisé son service de Bicêtre, arrachant sou à sou aux pouvoirs publics les crédits nécessaires, discutant avec les architectes les plans des bâtiments à édifier, formant ses professeurs, ses chefs d'atelier, ses infirmiers. Depuis le mois de janvier dernier, atteint

(1) Sur la question des Sociétés de patronage, voir : BOURNEVILLE, *Notes diverses* dans le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie* ; — *Rapport* et remarques à la *Commission de surveillance* des asiles de la Seine ; — *Rapport* au Conseil supérieur de l'assistance publique sur la *Création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortants des asiles*, 1889 ; — *Bulletin de la Société de patronage* des asiles de la Seine, 1898-1905, etc.

par l'impitoyable limite d'âge, il a dû résigner ses fonctions de médecin-chef à Bicêtre ; mais il conserve la direction de la Fondation Vallée, qui est également son œuvre , et pendant longtemps encore, nous l'espérons, notre cher doyen continuera ses recherches et nous fera profiter du fruit de ses observations patientes et minutieuses, exposées dans des publications si substantielles et si attachantes.

Mais nous aurions mauvaise grâce à insister, tous ici connaissent Bourneville et apprécient son œuvre.

L'arbre qu'il a planté est en pleine végétation, et la floraison fait bien augurer de la récolte. Les disciples du Maitre, à leur tour, vont partout porter la bonne parole, et à son exemple, prêchent d'action (1) ».

Les conclusions du Dr Courjon sont celles-ci :

1° Les enfants anormaux ont droit à l'assistance ; il convient de leur assurer (en dehors du vivre et du couvert s'il y a lieu le traitement médico-pédagogique et l'éducation professionnelle qui leur permettront de devenir des citoyens utiles.

2° Dans chaque pays, les amis des anormaux, philanthropes, médecins et éducateurs doivent se grouper et s'unir en Comités nationaux à l'effet de provoquer, de seconder et de compléter l'action des pouvoirs publics en faveur des enfants anormaux.

M. Beach étudie les *mesures prises en faveur des enfants anormaux mentalement et physiquement et des enfants* épileptiques en Angleterre et au pays de Galles, Le Dr Jules Voisin a consacré son très remarquable rapport à la *classification et à l'assistance des enfants dits : anormaux intellectuels.*

Un très important rapport du Dr Marie, médecin en chef de Villejuif traitait de la *colonisation agricole au point de vue de l'assistance des aliénés, des épileptiques et des arriérés adultes.* Le principe de la colonisation du travail pour les aliénés chroniques paraît clairement adopté par la majorité des aliénistes compétents ; cette colonisation ne semble pouvoir être *indépendante*, mais doit être *annexée à un asile.* C'est le parti auquel le département de la Seine s'est rallié dans son projet de colonisation agricole pour débiles et imbéciles adultes et pour épileptiques valides.

A Chezal-Benoit, l'ancienne abbaye constituera un asile-infirmerie fermé, autour duquel se dissémineront de multiples pavillons de travailleurs groupés par catégories au nombre de 50 environ sur une superficie culturale de 300 hectares.

(1) Nous remercions vivement M. le Dr Courjon de son appréciation si bienveillante de ce que nous avons fait en faveur des anormaux (B.)

C'est d'ailleurs là une application nouvelle du principe mis en œuvre à Altscherbitz, dans les asiles-fermes américains (asile Willard, de Kulamakos et du Massachusset), Italiens, Anglais, Russes, Allemands et en Autriche-Hongrie.

*
* *

Les cinquième et sixième thèmes généraux avaient pour sujets les ambulatoires et les sanatoriums populaires pour nerveux. Citons un rapport de M. Ellero sur *les asiles urbains* et un autre du Dr Gommès sur les *Dispensaires neurologiques*.

Nous avons fait nous-même un long rapport sur *l'hospitalisation des nerveux*, où nous avons montré l'intérêt qu'il y aurait à organiser des sanatoriums populaires pour les nerveux, que l'on devrait édifier dans des endroits propices (stations climatiques, etc.) et qui seraient ouverts à tous sans déclaration préalable. Signalons également les intéressants rapports de MM. Pini et Epstein.

M. Cristiani a étudié dans son rapport *les résultats économiques et sociaux des progrès de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale* et M. le professeur Deventer, *le progrès dans le traitement des aliénés au point de vue social et économique*.

Vœux émis par le Congrès. — Que partout où l'assistance familiale des aliénés n'est pas encore pratiquée, une commission gouvernementale d'aliénistes compose un ensemble d'instructions claires, détaillées, par lesquelles on décrive et explique nettement l'essence et le but de l'assistance familiale, et que ces instructions soient adressées à tous les médecins de campagne sans exception en les sollicitant de bien vouloir en répandre la connaissance parmi les populations rurales, en prêcher l'adoption et en assurer l'exécution. (MARIANI.)

I. Que les Sociétés de patronage s'occupent aussi « des personnes prédisposées à l'aliénation mentale; qu'elles se constituent dans tous les pays et se multiplient partout. Qu'elles poursuivent surtout le but de travailler à l'adoption de l'assistance familiale, de la contrôler de concert avec la direction médicale des asiles, de faciliter le placement du malade après sa guérison et son retour à un travail normal, de s'occuper enfin des conditions morales et économiques de sa famille. — II. Que les œuvres de bienfaisance, d'assistance publique et de patronage coordonnent leurs efforts afin de mieux atteindre leur but commun. (Mme MARIE, MM. MERLO et LADAME.)

Le Congrès, prenant en considération les connexions exis-

tantes entre les aliénés, les enfants arriérés, les alcooliques et les criminels, témoigne le désir d'une fusion entre les différentes Sociétés de patronage afin de pouvoir pratiquer le patronage d'une manière plus rationnelle, avec plus de succès. (MOREL, VAN DEVENTER.)

Le Congrès émet le vœu de voir organiser des sanatoriums populaires pour nerveux, édifiés dans des endroits propices, ouverts à tous sans déclaration préalable, ainsi qu'il est pratiqué en Allemagne. (LUCIEN GRAUX.)

Le Congrès émet le vœu qu'il soit procédé à des mesures prophylactiques et spéciales ainsi qu'à la cure et à l'isolement à l'égard des aliénés tuberculeux, tant dans la colonie que dans les asiles fermés, publics ou privés. (MARIE et ROLET.)

1° Les enfants anormaux ont droit à l'assistance ; il convient de leur assurer (en dehors du vivre et du couvert s'il y a lieu) le traitement médico-pédagogique et l'éducation professionnelle qui leur permettront de devenir des citoyens utiles.

2° Dans chaque pays, les amis des anormaux, philanthropes, médecins et éducateurs, doivent se grouper et s'unir en comités nationaux à l'effet de provoquer, de seconder et de compléter l'action des pouvoirs publics en faveur des enfants anormaux. (COURJON.)

Que l'assistance des arriérés phrénasthéniques soit soustraite à la spéculation privée et confiée à des institutions publiques qui présentent les garanties nécessaires. Signé : MEDEA, PINI, FERRARI, GONZALES, MONTESANO, FAGGIANI.

Considérant que, bien que le nombre de connaissances assurées à propos des causes des maladies nerveuses et mentales et en général de la dégénération humaine soit assez grande, elles ne sont pas encore suffisamment ni complètement coordonnées ;

Considérant que la vie moderne, usant le système nerveux, a augmenté énormément et menace d'agrandir encore et beaucoup plus le chiffre des affaiblis et des aliénés;

Considérant la nécessité de pourvoir par tous les moyens que l'on croit opportuns à la prophylaxie des maladies nerveuses et mentales ; le Congrès approuve la proposition de fonder un *Institut international pour l'étude étiologique* et pour l'action prophylactique des maladies nommées et de la dégénération en général et institue un Comité international afin d'organiser l'Institut en tâchant d'obtenir la coopération

des divers gouvernements pour compléter et coordonner l'examen des causes dégénératives en général et en particulier, chez les différents pays, pour arriver à formuler les propositions qui conviendront le mieux.

Charge la présidence du Congrès de nommer les membres du Comité international. (D'après la proposition Frank).

ASILES D'ALIÉNÉS

I. — La surveillance dans les asiles.

Lorsqu'un étranger visite un asile, bien souvent il est surpris du calme des pensionnaires, de l'aspect riant des jardins de l'allure proprette de la salle à manger, et, lorsqu'il sort, il déclare que vraiment ce n'est pas un lieu de supplices et de tortures, et que malades et infirmiers doivent vivre heureux. — Tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Certes, les infirmiers ne sont pas aussi malheureux que jadis, mais qu'est leur situation par rapport à celle de leurs collègues d'Amérique ou d'Allemagne ; certes, les malades ne sont pas absolument à plaindre ; leur sort a beaucoup changé, mais bien peu par rapport à ce qui reste à faire.

La salle à manger lui a paru jolie, le parc superbe, oui, mais sait-il que, derrière un mur près duquel on l'a fait passer rapidement, il y a d'ignobles taudis, sales, s'effritant, ne prenant l'air que sur une cour brûlante l'été, glaciale l'hiver, sait-il que, dans cette cour, s'agitent des malades terribles, prêts à tuer leurs gardiens comme ils ont déjà tué leurs parents ?

Va ! étranger, les malades sont calmes et heureux, l'asile est superbe, le personnel satisfait ! Infirmiers et infirmières sont couverts d'or, leur métier est un idéal, et leur vie un paradis. Jamais ils ne risquent rien, non. Cependant tu lis bien quelquefois dans les journaux un fait divers dans ce genre :

Hier, le nommé X., interné à l'asile de Y., a tué le gardien N... en lui enfonçant un couteau dans la poitrine. Les autorités ont ouvert une enquête.

Pour 25 ou 30 francs par mois, tous les gardiens d'asiles en risquent autant.

Eh bien, ô étranger ! sais-tu la cause de ces accidents ? sais-tu que si les pensionnaires étaient surveillés plus activement cela

ne se produirait, certes, pas aussi souvent. Et c'est encore faute de surveillance que tu peux encore lire ceci :

Privas, le 10 août 1906.

Vendredi, le nommé Gaston Saut, originaire de Saint-Paul-le-Jeune (Ardèche), interné depuis le 16 juillet dernier à l'asile d'aliénés de Privas, a été trouvé asphyxié dans sa cellule, ses fournitures de literie entièrement brûlées. L'administration, effarée et sans doute fautive, ignore comment ce malade a mis le feu. Les autorités préfectorales et judiciaires ont immédiatement ouvert une enquête.

Si le malade n'avait pas eu un couteau, si on l'avait empêché d'aiguiser un clou, si on lui avait retiré ses allumettes, tout cela ne serait pas arrivé.

On ne prête pas assez d'attention à ces accidents ; à peine le quotidien glisse cette phrase : « l'administration sans doute fautive », sans insister davantage, sans se préoccuper des réformes à réaliser. MM. Valon, Charpentier, et bien d'autres médecins ont été blessés et nombre de gardiens ont trouvé la mort. Ils surveillent pourtant de leur mieux les pensionnaires qui leur sont confiés, mais comment crois-tu, ô étranger, qu'un pauvre cultivateur qui sort du régiment, qui n'a jamais vu un aliéné de sa vie, surveille efficacement les trop nombreux malades qui lui sont confiés ?

Pas plus tard qu'hier, nous visitions l'asile de X..., près de Paris. En ouvrant une porte nous voyons un malade accroupi, occupé à aiguiser un long clou. (1) Le surveillant qui m'accompagnait le lui prit aussitôt. « Mais que voulez-vous, me dit-il, avec un personnel comme il y en a ici, gagnant 25 francs par mois et ne restant que six mois au plus, comment voulez-vous que la surveillance soit bien faite ? Si encore nous étions en nombre ?

Tu vois, ô étranger, que derrière les beaux arbres, les grands bâtiments réguliers, les belles statistiques que l'on t'a montrés, il se passe de terribles histoires, tu le sauras maintenant, mais tu ne changeras rien à ta vie et tu ne te croiras pas obligé, même si tu es membre d'une commission de surveillance, à essayer de voir de plus près, de faire appliquer le règlement, d'améliorer la situation de ceux qui te sont confiés.

Marcel B.

(1) *Règlement du service intérieur des asiles du 20 mars 1857.* ART. 181. Toute introduction de.... instruments tranchants ou piquants..... et généralement d'objets susceptibles d'un emploi dangereux ou nuisible dans un établissement d'aliénés est rigoureusement interdit, etc..

II. — **Martyrologe du personnel secondaire des asiles.**

Le nommé Madec, interné à l'asile de Quatre-Mares depuis le 2 juin 1906 et venant de la prison d'Yvetot, a tué, dans la nuit du 12 au 13 juin, un de ses compagnons et a blessé très grièvement un gardien. Voici dans quelles circonstances, lisons-nous dans le rapport qu'a bien voulu nous communiquer notre ami, M. le Dr Lallemand :

Madec était couché dans un dortoir du quartier d'observation, occupé par huit malades sous la surveillance d'un gardien, le nommé Coignet. Son lit était contigu à celui du gardien de ce dortoir. Madec se serait levé vers onze heures du soir, se serait accroupi sur son vase de nuit, comme pour uriner, et dans cette position aurait fouillé dans la poche du pantalon du gardien qui se trouvait à sa portée et se serait emparé ainsi du couteau du gardien ; il frappa celui-ci de deux coups à la poitrine ; puis, peut-être voyant se lever sur son séant Lardenois, le malade qui occupait le lit voisin du sien, Madec le frappa d'un unique coup de couteau dans la région du cœur ; Lardenois a dû succomber presque immédiatement, l'aorte descendante ayant dû être coupée.

Sur ces entrefaites, le gardien Coignet s'était levé malgré ses blessures et avait rejoint Madec près de la porte du dortoir et cherchait à le maîtriser ; Coignet, après avoir reçu encore un coup de couteau à la région temporale droite, était parvenu à renverser Madec et à le tenir sous ses genoux.

C'est à ce moment que le chef de quartier Cuzon, averti par le veilleur de nuit Vendanger qu'on entendait un bruit de lutte dans le dortoir, accourut et passa la camisole de force à Madec ; celui ci avait déjà à ce moment refermé le couteau et l'avait jeté sous un lit.

Rien ne pouvait faire prévoir ce triste événement, Madec, depuis son entrée, s'était montré très calme ; il avait même dit à maintes reprises au chef de quartier Cuzon qu'il avait simulé la folie, alors qu'il était à la prison d'Yvetot, de façon à échapper à ses gardiens qui voulaient le faire crever, disait-il, à force de mauvais traitements.

Hier Madec m'avait demandé de le remettre en liberté et j'avais décidé de lui faire subir ce matin un interrogatoire minutieux pour m'édifier aussi complètement que possible sur son état mental et contrôler ses allégations en ce qui concernait la simulation de la folie.

Son crime commis, Madec s'est montré calme, disant qu'il ne se souvenait de rien, mais qu'il se sentait malade ; qu'on avait mis du poison dans ses aliments. Or, hier, dans la journée et dans la soirée, on n'a rien remarqué d'anormal chez Madec qui

s'est constamment montré très calme, bien que très réticent et très sournois depuis son entrée à l'Asile.

Après l'accident, dans un interrogatoire ultérieur, Madec a finit par avouer que, depuis quelques jours, il croyait que les gardiens en voulaient à sa vie et lui avaient mis du poison dans ses aliments. Cette nuit, il a senti, dit-il, une chaleur intolérable dans l'estomac, il se sentait étouffer, c'est alors qu'il a été pris tout à coup de l'idée de tuer ; quant à son autre victime, le malade Lardenois, depuis quelques jours, ajoute Madec : « il ne cessait de se moquer de moi et de me dire des injures. »

Le gardien Coignet, auquel j'ai donné immédiatement mes soins et dont le courage mérite tous les éloges, est très grièvement blessé, il porte à la région précordiale deux blessures, dont l'une seulement est pénétrante et a intéressé le poumon ; c'est cette blessure qui rend le pronostic très grave. La blessure qui a intéressé le visage est sérieuse.

III. — **Instructions concernant l'organisation du service médical de la Maison de Santé de Ville-Evrard**, par MM. Sérieux et Mignet (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1905, nos 122 et 123.)

Les auteurs en rédigeant ces instructions se sont proposé surtout de compléter l'interrogatoire des malades, tâche réservée aux médecins, par l'observation continue pratiquée par le personnel et d'obtenir de ce dernier, dans ses rapports écrits et périodiques, substitués aux renseignements oraux et irréguliers, promis généralement, un exposé précis de leurs réactions, ce qu'aucun interrogatoire ne peut révéler.

Ces instructions tendent, en outre, à donner au personnel des indications détaillées touchant la clinique psychiatrique et les soins spéciaux que réclament les sujets atteints de maladies mentales. Elles ont enfin l'avantage d'assurer d'une manière pour ainsi dire forcée et automatique la périodicité des interragatoires médicaux et la mise à jour des observations.

On ne saurait trop louer la clarté, la précision et la simplicité qui ont présidé à la rédaction de ces instructions et nous n'hésitons pas à en recommander la diffusion dans tous les services d'aliénés. G. D.

IV. — **Du choix des malades à placer dans les colonies** ; par J. A. C. Peeters, (*Bull. de la Société de méd. ment. de Belgique*, juin 1905.)

On trouvera dans ce travail un modèle de rapport médical dressé sous forme de questionnaire par les inspecteurs hollandais, rapport dans lequel sont passées en revue toutes les circonstances qui peuvent avoir de l'influence sur le choix du régime à appli-

quer aux aliénés. La formule remplie par le médecin officiel de la commune est transmise à la direction de la colonie, qui fait savoir aux autorités que, d'après les renseignements fournis, le malade est ou n'est pas propre à bénéficier de l'assistance familiale. G. D.

V. — **Des médecins adjoints dans les établissements d'aliénés**, par le Dr Meeus. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, nos 120, 121 et 122).

Etude très documentée sur le fonctionnement de l'adjuvat des asiles d'aliénés dans les différents pays et les rapports de dépendance qui existent actuellement entre les médecins en chef et leurs aides et la recherche du meilleur emploi de toutes les forces médicales. L'idée dominante de cette étude est que chaque médecin doit avoir un service individuel et une autorité et une responsabilité nettement établies. L'auteur propose de nommer un médecin adjoint pour 300 malades et d'exiger pour cette nomination un certificat constatant des études psychiatriques faites à l'étranger, un stage dans un asile ou mieux, un examen spécial.

M. Meeus demande, en outre, avec M. Claus, que dorénavant les médecins d'asile soient obligés à la résidence et qu'il leur soit interdit de faire de la clientèle. Enfin, les médecins en chef devront être, à l'avenir, exclusivement recrutés parmi les médecins adjoints. G. D.

BIBLIOGRAPHIE

V. — *Rapport médical sur l'Asile d'aliénés de la Roche sur-Yon pour* 1905 ; par M. le Dr Cullerre, médecin directeur. Servand-Mahaud, imprimeur à La Roche-sur-Yon, 1906.

Existants au 1er janvier 1905 : H. 287 ; F. 311 ; total 598. — Admissions : H. 61 ; F. 73 ; total 134. — Sorties pendant l'année : H. 26 ; F. 31 ; total 57, dont 35 par guérison (H. 17 ; F. 18); par amélioration, H. 4 ; F. 8, total : 12. — Décès : H. 30 ; F. 25 ; total 55. Existants au 31 décembre 1905 : H. 392 ; F. 328 ; total 620.

« J' appelle l'attention de nouveau, dit M. Cullerre sur la proportion considérable des infirmités cérébrales incurables dans le nombre des admissions, dont elles forment presque le quart (folie compliquée d'épilepsie, démence sénile et organique, idiotie). C'est en grande partie à cette cause qu'il faut attribuer l'accrois-

sement continu si considérable de la population de l'Asile. Faute d'hospices d'incurables dans le département et aussi par mesure d'économie, les communes ont une tendance de plus en plus prononcée à poursuivre l'admission à l'Asile de leurs infirmes de l'intelligence qui, s'ils participent au chiffre des extinctions par décès, n'entrent pour rien dans le chiffre des sorties.

« Les admissions, depuis quelques années, nous offrent un phénomène paradoxal dont je ne puis donner l'explication : le nombre des femmes admises l'emporte presque régulièrement d'une dizaine d'unités sur celui des hommes, contrairement à la règle générale et contrairement aussi à ce qui se passait autrefois à l'Asile. Il en résulte que la population féminine, très inférieure jadis à la population masculine, la dépasse maintenant de 30 à 40 unités, suivant les années. »

« *Enfants arriérés idiots et épileptiques.* — Nos pavillons d'enfants contenaient au 1er janvier 1905, 32 malades de moins de 18 ans (18 garçons et 14 filles). Il y a eu dans le cours de l'année 9 admissions (5 garçons, et 4 filles) ; il y a eu 2 sorties (filles) et 4 (2 garçons, 2 filles) sont passés aux adultes, soit 6 extinctions; il restait donc au 31 décembre 35 enfants (21 garçons, 14 filles). Pour tous ceux de ces enfants qui présentent quelque lueur d'intelligence, le personnel continue ses efforts en vue d'obtenir de l'amélioration.

« Sept garçons suivent une classe faite par un de nos pensionnaires, ancien instituteur ; deux ont appris à lire couramment, font des dictées du certificat d'études, et les quatre règles de deux, trois et quatre chiffres. Ils ont une certaine aptitude pour le dessin et y ont fait des progrès. Trois autres ont appris à écrire et à lire couramment. Deux autres commencent à écrire seulement. Plusieurs de ces enfants manifestent un goût singulier pour le chant et la récitation. Un infirmier continue à leur donner des leçons de gymnastique ; une infirmière s'occupe de leur éducation, non sans succès.

« Huit filles ont suivi une classe faite par la religieuse du quartier. Deux se sont montrées à peu près réfractaires à toute culture intellectuelle. Une fait des progrès, mais oublie tout ce qu'elle a appris à chaque crise d'excitation maniaque qu'elle éprouve (psychose intermittente). Chez deux, les progrès ont été très bons pour la lecture, l'écriture et le calcul ; chez deux autres il y a eu progrès pour la lecture ; pour la dernière enfin, on a constaté une véritable inaptitude pour la lecture, alors qu'elle a appris à écrire d'une façon remarquable et qu'elle excelle dans les exercices de mémoire. Nous devons faire remarquer que ces essais de culture ont surtout une importance thérapeutique. Ils ont pour but d'éviter le naufrage définitif de cer-

taines intelligences partiellement atteintes qui, abandonnées à elles-mêmes ne tarderaient pas à s'éteindre tout à fait. » On ne saurait trop insister sur le travail manuel et les exercices physiques et les leçons de choses.

Mois des admissions les plus élevées : janvier, juin, juillet, novembre et décembre. « Ces chiffres sont purement fortuits, car la règle est que les admissions prédominent légèrement pendant les mois de printemps et d'été. »

Sorties à titre d'essai. — A la suite d'un rapport adressé par moi à l'administration le 16 juin 1905 sur l'opportunité des sorties d'essai pour les malades convalescents et améliorés, M. le Préfet voulut bien m'autoriser à appliquer cette mesure. J'ai délivré dans le second semestre de 1905, des congés d'un mois à 14 malades dont 4 seulement ont été réintégrés, les 10 autres ayant pu être maintenus dans leurs familles, à l'expiration du mois de congé, 7 devant être considérés comme guéris et 3 comme améliorés seulement. Cette expérience sera continuée, les résultats en ayant été jusqu'ici satisfaisants, comme il était à prévoir. La facilité de ramener les malades à l'Asile sans formalités, en cas de rechute, encourage les familles à tenter l'épreuve de la sortie proposée à titre provisoire par le médecin. D'autre part, la convalescence de certains aliénés est singulièrement facilitée et abrégée par le retour à la vie normale. Enfin, la pension cessant de courir pendant la durée de ces congés, il en résulte pour les charges du département et des communes un allégement qui, tout modeste qu'il soit, n'est cependant pas à dédaigner. Cette pratique des congés et sorties d'essai est recommandée depuis quelques années par le Ministère de l'intérieur et le Conseil supérieur de l'Assistance publique (1). Voici les termes du règlement d'après lequel les sorties d'essai sont accordées :

« 1° Le Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon est autorisé à confier, à titre d'essai, à leurs familles, parents ou amis qui y consentiront, les malades convalescents ou améliorés qui lui paraîtront susceptibles de bénéficier de cette mesure.

« 2° Les congés, ou sorties d'essai ne pourront dépasser un mois. Ils seront renouvelables. Le Préfet en sera immédiatement informé et mention en sera faite sur le registre de la loi. »

« 3° Pendant la durée du congé d'essai ou à son expiration, l'aliéné pourra, si son état l'exige, être réintégré à l'Etablissement sans formalités. Avis de la réintégration et des motifs qui l'auront nécessitée sera aussitôt donné au Préfet par le Directeur-Médecin.

(1) Nous les accordons depuis 1878. Nous publierons la lettre de M. Camescasse, préfet de police qui a consenti à les tolérer

« 4° Quand l'épreuve se sera montrée favorable au bénéficiaire du congé, il sera, en cas de placement d'office, maintenu en liberté par arrêté préfectoral, sur la proposition du Directeur-Médecin.

5° Pendant toute la durée des congés dont ils pourront bénéficier, la pension des aliénés placés au compte du département sera suspendue et ne recommencera à courir que du jour de leur réintégration à l'Etablissement si elle a lieu. »

A propos de l'*alitement*, M. le Dr Cullerre s'exprime ainsi : « Nous ne dirons pas que l'alitement abrège la durée des maladies mentales, ce serait contraire à notre observation ; mais nous pouvons affirmer qu'elle en atténue largement la symptomatologie. Nous ne dirons pas davantage qu'elle en modifie le pronostic et qu'elle augmente le nombre des guérisons ; ce serait faux en principe ; mais en fait elle permet à quelques malades de guérir qui seraient morts s'ils n'avaient pas été soumis à cette pratique.

« Les aliénés à qui convient le mieux l'alitement sont, d'après mon observation, les alcooliques, les maniaques agités, les mélancoliques, ceux qui sont atteints de confusion mentale aiguë, stupide ou délirante ; enfin les périodiques. Pour tous ces aliénés il y a rarement des contre-indications à l'alitement. Il n'en est pas de même des épileptiques délirants et des paralytiques généraux : certains de ces malades ne peuvent sans inconvénients y être astreints et pour eux il y faut renoncer. Je dois en dire autant des persécutés systématiques et des déments précoces. Quelques chroniques cependant sont justiciables de la méthode, au grand bénéfice de la discipline et de la propreté, parmi ceux qui, livrés à eux-mêmes, déchirent leur linge, se barbouillent d'ordure et commettent des actes multiples de destruction. »

« Un seul cas rentre entièrement dans la catégorie des *guérisons tardives* : il s'agit d'un homme de 56 ans, qui, pendant quatre mois et demi, sans aucune rémission, demeura dans un état de profonde dépression avec mélancolie de forme classique, et qui, en quelques jours revint à une lucidité parfaite qui se maintint et put être légitimement considérée comme une guérison qui persiste encore à l'heure actuelle. » Ce fait montre une fois de plus qu'il faut être très prudent pour déclarer l'*incurabilité* absolue des malades aliénés. Parmi les maladies incidentes, relevons 19 cas de *tuberculose pulmonaire*.

La *Situation financière de l'Asile* est la suivante :

Les droits constatés aux recettes sont de.....	337,602 fr.	85
Les dépenses s'élèvent à la somme de.....	278,190 »	57
Excédent de recettes.....	59,412 »	38

Les opérations de caisse donnent les résultats suivants :

Recettes effectuées	337,602	» 85
Dépenses payées	278.190	» 57
Excédent de recettes	59,412	» 28
Restes à recouvrer	»	»
TOTAL égal	59,412	» 28
En ajoutant les restes en magasins au 31 décembre 1905, soit	9,906	» 54
On obtient la somme de	69,318	» 82
qui représente la situation de l'Asile en fin d'exercice		
La situation de l'Asile en fin d'exercice 1904 était de	59,343	» 45
Différence en plus	9,975	» 37

qui représente l'excédent des recettes de l'année sur les dépenses.

Personnel. — « La proportion du personnel infirmier doit être établie d'après des bases rationnelles, qui ont été étudiées et fixées par de nombreuses autorités. Le Congrès d'Assistance de 1900, a recommandé par un vote formel une proportion de 1 infirmier pour 5 aliénés. Je reconnais que cette proportion, nécessaire pour certaines catégories de malades, est exagérée pour la masse des chroniques ; pour ces derniers la proportion de 1 infirmier pour 20 malades exigée par les anciennes instructions ministérielles paraît suffisante; mais étant donné que le nombre de nos hospitalisés qui réclament une surveillance et des soins individuels (aliénés aigus, agités et dangereux, malades d'infirmerie gâteux, pensionnaires) représente à peu près la moitié de la population hospitalisée, nous devons nous arrêter à un moyen terme qui sera de 1 pour 12 environ. En choisissant cette proportion pour fixer le nombre de notre personnel, nous restons bien au-dessous de celle qui a été réclamée par le Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française de 1901 dans un vœu adopté après une intéressante discussion dans la forme suivante : « Le Congrès admet la proportion de 1 infirmier pour 10 malades (non compris les sous-surveillants et le veilleur dans chaque quartier). »

« Une seconde question demande aussi à être résolue, c'est celle de l'amélioration du sort de ce personnel. Depuis plusieurs années je signale les difficultés croissantes que nous avons à le recruter : Les demandes se font de plus en plus rares aussi bien de la part des femmes que des hommes. A quatre reprises, en 1905, je me suis trouvé pendant plusieurs semaines dans l'impossibilité de remplacer les démissionnaires et à diverses reprises j'ai dû me résigner à remplir les vides par des impétrants âgés,

fatigués et mêmes infirmes, manquant presque entièrement des aptitudes qu'exigent le rude et parfois dangereux métier d'infirmier d'aliénés.

« Ainsi que je le disais dans mon rapport de l'année dernière, ce n'est qu'en améliorant la situation de ce personnel que nous pouvons espérer d'en améliorer le recrutement. Une augmentation de salaire s'impose. Pour les infirmiers divisés actuellement en trois classes répondant respectivement à un salaire de 22, 25 et 30 frcs par mois, nous proposerons au budget 25, 30 et 35 frcs. Pour les infirmières, réparties également en trois classes, à raison de 18, 20 et 22 frcs nous proposerons 20, 22 et 25 frcs. Ces prix se rapprochent des salaires que gagnent les gens du pays, peut-être même leur sont-ils inférieurs, aussi sera-t-il nécessaire de réserver exceptionnellement et dans les limites du crédit prévu annuellement au budget une prime d'augmentation à ceux de nos sujets les plus méritants qu'il y aurait un intérêt majeur à retenir au service de l'Etablissement. C'est dans la catégorie des hommes mariés que nous trouvons nos infirmiers les plus stables et les plus consciencieux ; à ceux d'entre eux qui ont leur ménage hors de l'Etablissement, nous tâcherons d'accorder un peu plus de liberté que n'en a comporté jusqu'ici le chiffre restreint du personnel.

Avant de clore ce paragraphe, je crois devoir faire la remarque qu'à population égale, l'Asile de la Roche-sur-Yon, après ces augmentations de salaire, comptera encore parmi les établissements qui dépensent le moins pour la solde de leurs préposés et servants. Pour la plupart des asiles de 6 à 700 malades, cette dépense oscille entre 25 et 30.000 francs. »

Un *tableau* du personnel avec indications du traitement et des avantages en nature est annexée à ce rapport qui se termine par la situation de l'Asile en fin d'exercice.

Excédent de recettes d'après le compte.....	59,412	fr.	28
Restes à recouvrer.....	»		»
Restes en magasin au 31 décembre 1905.....	9,906	»	54
TOTAL.....	69,318	»	82
Restes à payer en fin d'exercice.....	»	»	
Evaluation des bâtiments et terrains.....	978,408	»	65
Evaluation du mobilier.....	191,508	»	46
Evaluation de la lingerie et du vestiaire.....	235,300	»	84
Evaluation des animaux.....	13.955	»	»
TOTAL.....	1,419,172	»	95

BOURNEVILLE.

Nous prions nos collègues des asiles de bien vouloir

nous adresser *deux* exemplaires de leur dernier rapport. Si nous demandons deux exemplaires c'est afin d'abréger notre tâche en pouvant découper les passages que nous croyons devoir reproduire.

VI. — *Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques*; Par le Dr Paul Blum. (O. Doin, édit.)

L'auteur considère que l'anesthésie dite hystérique n'est jamais spontanée, qu'elle est toujours d'origine auto-suggestive.

L'anesthésie psychique se produirait de la façon suivante. Un sujet a une diminution de la sensibilité, dans un membre par exemple, de cause organique ou dynamique ; l'imagination du sujet, actionnée par cette sensation d'engourdissement, peut l'exagérer et la transformer en anesthésie complète ; ou bien encore la cause organique qui a créé l'anesthésie ou l'hypo-esthésie a pu disparaître, mais le psychisme du sujet, qui en a conservé l'image, le maintient. Dans ces deux cas, il s'agit donc d'anesthésie par auto-suggestion. Dans le premier cas, c'est une anesthésie complétée ; dans le deuxième une anesthésie maintenue.

Ce sont des anesthésies psychiques, des illusions négatives. Le sujet perçoit la sensation ; elle entre dans le champ de la conscience et l'imagination du sujet l'efface. Dès lors, la sensation n'existe plus pour lui. Le travail est divisé en quatre chapitres.

Dans le premier chapitre, consacré à l'historique, le Dr Blum étudie l'anesthésie psychique surtout dans sa forme analgésique. Il passe en revue l'histoire des martyrs, des possédés, des somnambules, des hypnotisés. Il soutient que l'hypnotisme n'est pas une névrose et que toutes les phases classiques décrites par Charcot ne sont que l'effet d'une suggestion ou d'une imitation inconsciente des malades. Il définit ensuite l'hystérie en montrant qu'elle n'est non plus une entité morbide nette ; qu'elle est une réaction psycho-dynamique et que les stigmates qu'on lui attribue existent chez un grand nombre de sujets non hystériques et manquent très souvent chez les sujets hystérisables.

Dans le deuxième chapitre, il étudie les caractères cliniques de l'anesthésie suggérée et il donne le résultat d'un grand nombre d'expériences. D'après lui, on peut créer l'anesthésie psychique sur 63 pour 100 de sujets non hystériques. Après avoir nettement défini les caractères de l'anesthésie suggérée et expérimentale, il rapporte longuement plusieurs observations cliniques d'anesthésies nerveuses et il admet que cette anesthésie nerveuse est absolument identique comme forme à l'anesthésie suggérée.

Le but du troisième chapitre est de montrer que dans toutes les anesthésies dites hystériques, en apparence spontanées, on peut,

dans la plupart des cas, retrouver l'origine, le point de départ de cette auto-suggestion.

L'auteur met en lumière l'influence de la sugggestion médicale et inconsciente et il trace un tableau de toutes les causes organiques qui peuvent être l'occasion d'une anesthésie psychique. L'anesthésie spontanée n'existerait donc pas.

Le mécanisme par lequel l'auto-suggestion réalise l'anesthésie fait l'objet d'un quatrième chapitre. M. Blum passe en revue toutes les théories émises sur l'hystérie par les différents auteurs, en fait la critique et se rallie à la théorie de Bernheim.

L'anesthésie psychique ne serait qu'une illusion de l'esprit, la sensation pénètre dans le champ de la conscience ; l'imagination du sujet, actionnée par l'idée d'anesthésie, efface le phénomène du conscient. Le sujet s'en fait accroire avec les yeux de l'esprit.

R. Leroy.

VII. — *Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Rennes, pour l'année 1905* ; par le Dr Sizaret, médecin en chef.

Population de l'asile au 1er janvier 1905 : H. 420 ; F. 570 ; total 990. — Entrées : H. 129 ; F. 122 ; total 251, dont 22 cas d'alcoolisme (15 H., 7 F.). — Sortis par guérison : H. 32 ; F. 18, total, 50. — Par amélioration, 45 H. ; 30 F., total 75. — Par autres causes : 29 ; total, 154. — *Décès* : H. 43 ; F. 33 ; total, 76.

Suivent deux tableaux schématiques, dont l'un concerne la population totale de 1895 à 1905. Ce tableau montre l'extension rapide du chiffre des aliénés du département d'Ille-et-Vilaine depuis quelques années. La population au 1er janvier 1895 était de 886 aliénés et au 1er janvier 1905, elle était de 1015.

« La mesure des congés accordés à titre d'essai, nous a donné les mêmes résultats favorables que l'année précédente et presque toutes ces sorties sont également demeurées définitives ».

« Nous considérons que le travail agricole entre pour une part « importante dans la proportion plus grande de guérisons chez « les hommes ». 80 % de malades quittent l'asile pendant la 1re année de leur séjour. — Parmi les maladies incidentes, relevons la *tuberculose* (8 H., 2 F.). — « La rareté de l'*othématome*, comparée à sa fréquence dans les vieux services, semble être une preuve de plus de son origine traumatique ; plus nous allons et plus nous sommes persuadés qu'une giffle inavouée était à l'origine de cette affection locale de l'oreille. »

« On remarquera la rareté relative de la mortalité par tuberculose pulmonaire. L'un de nos internes, M. Durocher, consacrera sa thèse à l'étude de la tuberculose dans les asiles ; il montrera l'extrême fréquence de cette maladie infectieuse chez des malades qui ont présenté des périodes de stupeur et que, dans les nouvelles classifications, on étudie sous le nom de déments précoces. »

« Nous avons fait remarquer précédemment l'absence des pavillons d'isolement pour les tuberculeux, ou d'un lazaret en cas d'épidémie. L'infirmerie des hommes n'a que trois chambres séparées du dortoir, dont les parquets en sapin sont certainement imbibés de toutes espèces d'éléments contagieux, malgré les lavages antiseptiques et l'extrême souci que nous avons réussi à inspirer à notre personnel. Les gâteux et épileptiques hommes sont parqués dans des salles exiguës, basses de plafond, il a été nécessaire de faire récemment de grands travaux pour dégager la fosse d'aisance commune aux agités et aux gâteux ; elle regorgeait les jours de pluie et c'était dans les cours une inondation horriblement fétide. Il est de tout intérêt de tirer définitivement parti du principe du « tout à l'égout », puisqu'une canalisation est à portée de ces cours ».

Le service des bains fonctionne régulièrement chez les femmes, où il y a une salle pour les pensionnaires et une autre pour les indigentes. Cependant, la trop faible élévation du château d'eau et sa contenance insuffisante nous privent souvent d'eau, surtout le lendemain des jours fériés. Il ne peut également y avoir ces jours-là de chasse d'eau dans les cabinets d'aisance, notamment dans les sièges placés dans les salles, ce qui est absolument malsain. B.

VIII. — *Rapport médical sur l'asile d'aliénés de la Sarthe pour l'année 1905*, par le Dr V. Bourdin, médecin en chef. Imprimerie Douin, Le Mans.

Existants au 31 décembre 1904 : 784 (338 H. et 446 F.) ; admissions : 159 (72 H. et 96 F.) restants au 31 décembre 1905 : 791 (333 H. et 458 F.). Augmentation de 7, l'accroissement de la population se poursuit avec régularité : 734 fin 1901 ; 791 fin 1905. L'encombrement va bientôt se faire sentir du côté des femmes.

« Les admissions pour première entrée ont été de beaucoup les plus nombreuses, ce qui est la règle. Le nombre des admis par rechute est de 26, comme en 1904. Je ne puis que répéter que ce nombre, bien que normal, est encore trop élevé, car il est la preuve que les malades sont retirés trop souvent avant guérison et ordinairement contre l'avis du médecin. Beaucoup de familles ont même la tendance fâcheuse à faire intervenir diverses influences pour essayer de forcer la main en quelque sorte au médecin, ne comprenant pas qu'elles sont les premières victimes de leur imprudence.

La folie alcoolique entre pour 18 unités : (16 H. et 2 F.). L'idiotie est rare, car le Conseil général de la Sarthe a décidé depuis longtemps déjà de n'admettre à l'Asile que les idiots dangereux. Comme le contingent communal est plus élevé pour ces malades que pour ceux des autres catégories, il est à craindre que les pla-

cements ne soient trop souvent différés : des faits regrettables qui se sont passés dans le département semblent le prouver.

« Les *rechutes* se produisent surtout chez les alcooliques ; aussi persisté-je à croire que l'on ne saurait retenir trop longtemps à l'asile les alcooliques, même lorsqu'ils paraissent guéris. C'est qu'en effet la guérison n'est qu'apparente, et le cerveau de ces malades est encore imprégné d'alcool alors que le délire a disparu. Si l'on met ces individus en liberté, la moindre absorption de liqueur alcoolique, quelques verres de vin même, suffisent à réveiller les accidents cérébraux. J'ai même vu, au cours de l'année, un alcoolique chronique ne présentant plus de délire, manifester brusquement de nouveaux troubles psychiques sous l'influence de l'inhalation de chloroforme au cours d'une anesthésie opératoire. Et l'ivresse chloroformique avait réveillé exactement les mêmes conceptions délirantes que l'ivresse éthylique et aussi rapidement. Le délire subsista plusieurs jours. Ce malade en est d'ailleurs à son quatorzième internement ». Suivent des considérations intéressantes sur la psychose maniaco-dépressive, le délire chronique systématique, la folie périodique, la confusion mentale, enfin la *démence précoce*, sur laquelle l'accord est loin d'être fait encore parmi les aliénistes des divers pays. Il est en effet contestable qu'il s'agisse, chez des jeunes sujets de 15 à 25 ans, de démence d'emblée : il est plus probable qu'il y a seulement un haut degré de confusion mentale tendant à devenir chronique, mais il est difficile d'admettre qu'il y ait réellement démence, c'est-à-dire incapacité du cerveau à acquérir de nouvelles notions ou à récupérer les notions anciennes. La preuve en est que certains de ces malades guérissent. Il n'est pas dit qu'un jour nos moyens thérapeutiques ne nous permettront pas de les guérir tous, tandis qu'il est bien certain qu'on ne guérira jamais la démence confirmée, qui est une lésion anatomique irrémédiable. »

Viennent ensuite la dégénérescence mentale, les vices de développement, les folies toxiques, la folie morale et impulsive, les folies névrotiques.

Les *placements volontaires* sont les plus nombreux. — « Pour les *placements d'office*, applicables aux malades jugés dangereux, ils sont généralement faits trop tardivement pour des raisons financières faciles à comprendre. En réalité, à ce point de vue spécial, j'estime que le raisonnement que se tiennent les municipalités est erroné, car un aliéné traité longtemps après le début de son affection sera devenu incurable ; et ce ne sera pas une ou deux années de séjour à l'asile qui suffiront à le guérir, il faudra l'y tenir enfermé toute sa vie, et l'économie espérée ne sera pas réalisée ».

« Les *divorcés* ou *séparés* restent rares ; ce n'est souvent

qu'après l'internement que la demande en séparation ou en divorce est introduite, et il me semble que ces demandes tendent à devenir assez fréquentes, notamment de la part des épouses qui, craignant les représailles du mari, attendent son internement pour introduire l'instance. On sait que le divorce pour cause d'aliénation n'est point admis par la loi française : mais on tourne la difficulté en invoquant les sévices ou injures graves auxquels a pu se laisser aller le malade. D'ailleurs, j'avoue que, dans un grand nombre de cas, la séparation est une mesure prudente : encore faudrait-il qu'un certificat médical motivé soit exigé dans chaque cas particulier.

Un tableau intitulé : *Mouvement des aliénés dont l'affection peut être attribuée à l'alcoolisme* révèle l'influence sans cesse croissante de l'*alcoolisme* dans l'éclosion de la folie et son développement dans le département de la Sarthe. La proportion des buveurs par rapport au nombre total des admis en 1905 (déduction faite des transférés, sur lesquels manquent les renseignements) est de 70 °/₀, supérieure encore à celle déjà formidable de l'an passé. Je le répète, je ne prétends pas que 70 °/₀ de nos malades du sexe masculin sont devenus fous uniquement parce qu'ils avaient fait des excès de boissons, mais seulement que chez eux les abus ont précipité tout au moins l'apparition de la maladie mentale. L'alcool a joué le rôle d'appoint : ce rôle reste encore très important, et dans un département où abondent les bouilleurs de cru, il est permis de craindre une recrudescence d'admissions à l'asile au lendemain du rétablissement du privilège. ».

Les *sorties* ont été au nombre de 73 (40 H., 33 F.) — « Comme toujours, les aliénés curables guérissent vite, et la promptitude même de la guérison est une des meilleures garanties de l'avenir. Une autre vérité, qui a la valeur d'un axiome en pathologie mentale, est que, plus la maladie est récente, plus elle a de chances de guérir ; on ne saurait trop le répéter, car les maires, les familles, voire même les médecins praticiens, ont une fâcheuse tendance à différer le plus possible le placement des aliénés. » L'expérience prouve que l'on ne saurait être trop rigoureux sur la durée de la convalescence à l'asile même.

Les malades sortis pour cause de *guérison* sont au nombre de 30 contre 18 en 1904. Les sortis *améliorés* sont au nombre de 24. Les *décès* ont été de 79 (37 H. et 42 F.). — Il y a eu un suicide ; c'était un homme, alcoolique avéré, qui avait des visions nocturnes terrifiantes, au point de ne pas vouloir se coucher, car il s'imaginait que des ennemis le guettaient : un matin, on le trouvait pendu au pied du lit.

« La veille l'ayant trouvé plus anxieux, je le fis passer au quartier d'observation, pour qu'il couche au dortoir ; le surveillant de ce quartier commit la faute de le placer dans une chambre, sans

en référer à personne, sous prétexte qu'il n'avait pas d'autre place disponible. Il *est donc démontré une fois de plus que les aliénés à idées de suicide ne doivent jamais être laissés dans les chambres.*

La majeure partie des décédés avaient plus de cinq ans de séjour, 16 étaient à l'asile depuis moins d'un mois et, parmi eux, quatre (3 h. et 1 f.) sont morts avant la fin de la première semaine de leur internement. Ce fait se reproduit chaque année... et dans la plupart des asiles.

Le mois le plus meurtrier a été janvier (15), puis juin (9) : *Tuberculose pulmonaire*, 13 ; entérite tuberculeuse 1. — Sur les 79 décès, il a pu être fait 35 *autopsies*. C'est là une indication qui devrait être consignée dans tous les *Rapports*.

« Deux opérations ont été faites au cours de l'année, par M. le Dr Delagénière, chirurgien de l'asile : 1° une ablation d'un fibrome utérin très volumineux ; la malade, très délirante, qui croyait avoir le ventre rongé par les esprits malins, n'a nullement été améliorée par l'opération, pourtant parfaitement réussie ; 2° une ablation d'un petit fibrome sous-cutané et cure radicale d'une petite hernie paraombilicale chez un alcoolique chronique chez qui l'anesthésie chloroformique réveilla le délire toxique.

M. Bourdin consacre à l'exposé du traitement plusieurs pages très intéressantes. Il insiste notamment sur *l'alcoolisme et la syphilis.*

« Pour mettre simplement au point la question, je dirai, que la lutte contre l'alcoolisme semble avoir fait un pas en arrière avec le rétablissement du privilège des bouilleurs de cru, qui avait été sinon supprimé du moins régularisé par une loi antérieure. Je dis « semble », car il n'est pas prouvé que le rétablissement qui date des premiers mois de 1906, exagèrera sensiblement la proportion déjà formidable des aliénés buveurs telle qu'elle ressort du tableau n° 16 de ce rapport. Et puisque la Sarthe est précisément un pays de bouilleurs de cru, il sera intéressant de comparer les tableaux des années ultérieures avec ceux que j'ai établis pour 1904 et 1905 lesquels sont très sensiblement concordants. C'est alors qu'on pourra se faire une idée des conséquences du rétablissement du privilège.

« Pour ce qui est de la syphilis, question décidément d'actualité, la commission extra-parlementaire, dite du régime des mœurs, a examiné dès février 1905, s'il y avait eu lieu de supprimer ou de maintenir les maisons de tolérance. M. le sénateur Bérenger proposait de substituer au régime de l'autorisation, le régime de la déclaration. C'était toujours le maintien et je suis heureux, étant donné l'opinion nettement antiréglementariste que j'ai formulée dans mon rapport de l'an dernier, de constater que la commission a condamné aussi bien l'un que l'autre systèmes et a

adopté une proposition faisant tomber tout tenancier d'une maison de tolérance sous le coup de l'article 334 du code pénal, qui punit d'un emprisonnement de 3 mois à 2 ans quiconque aura favorisé ou excité la prostitution. Ce vote, dans l'esprit de la commission, est la condamnation définitive du régime de la police des mœurs.

« La commission dans ses séances ultérieures, a encore voté l'admission des vénériens dans les hôpitaux aux mêmes conditions que les malades ordinaires. La commune d'origine, en cas d'indigence, paiera les frais d'hospitalisation sans connaître la nature de la maladie. De plus les hôpitaux spéciaux sont supprimés. » Nous ne pouvons qu'approuver ces idées qui sont les nôtres depuis tant d'années (Voir *Progrès méd.*, 1876-1906).

M. Bourdin donne des détails sur les divers modes de traitement employés et termine en disant que le traitement hydrothérapique (bains et douches) est *largement employé* à l'asile du Mans. Il serait à souhaiter qu'il en fût de même partout.

BOURNEVILLE.

VARIA

ENFANCE ANORMALE.

La *Société protectrice de l'enfance anormale de Belgique* a consacré sa 4e conférence annuelle à l'étude des problèmes relatifs aux infirmes et aux sourds-muets. MM. les Drs Decroly et Boulenger ont examiné la question des enfants infirmes et estropiés. Nous en extrayons le passage suivant :

L'organisation des écoles pour infirmes doit présenter des caractères spéciaux. A Londres, on prend les enfants infirmes à domicile, en voiture ; on les garde à midi à l'école et on les y nourrit. Le rez-de-chaussée forme toute l'école ; *on évite de construire des escaliers et des marches.* Les portes ont un système spécial d'ouverture et de fermeture, afin que les infirmes puissent les manœuvrer facilement. On y fait beaucoup de travail manuel (pliage, tressage, etc.), on n'y fait malheureusement ni orthopédie, ni gymnastique spéciale.

L'absence d'escaliers pour les infirmes, les épileptiques, que nous avons fait prévaloir dans notre ancienne section des Enfants de Bicêtre où, sauf un, tous les pavillons n'ont qu'un rez-de-chaussée, devrait prévaloir partout est à signaler. Notons encore que les enfants sont conduits en *voiture* de leur domicile à l'école, qu'ils sont *nourris* et ramenés le soir chez eux. C'est ce qui

existe à l'Institut des rachitiques à Milan, c'est ce que nous voudrions voir imiter pour les enfants des futures *classes spéciales* pour lesquelles nous luttons depuis de si longues années... ce que certains oublient (1). B.

Myxœdème et Mongolisme.

A l'époque où nous avons publié les premiers cas de *myxœdème infantile*, on s'imaginait qu'il s'agissait d'une affection rare. Peu à peu, devenue mieux connue, les cas publiés ont augmenté. C'est ce qui arrive pour le *mongolisme*. Au cours du *Congrès de Bruxelles*, nous avons vu un cas au Strop de Gand ; l'an dernier, un à l'asile de Saint-Méen ; nous en avons découvert un autre, cette année, à l'asile de Bailleul, sans compter un myxœdémateux rencontré sur la grande place de Lille.

Laicisation de l'asile d'aliénés de la Charité.

Au nom de la commission de surveillance de l'asile d'aliénés de la Charité, M. Laurent donne lecture au Conseil général de la Nièvre (séance du 24 août) d'un rapport concluant à la laïcisation des services de cet établissement. L'augmentation des frais de traitement du personnel féminin ne serait pas supérieure à 10.000 fr. — Adopté.

Une semblable mesure pourrait être facilement prise pour tous les asiles publics d'aliénés et, en profiter pour augmenter le salaire du personnel. Des *conférences* devraient être faites au personnel comme l'ont fait M. le Dr Charron à Dury-les-Amiens, et le Dr Levet à Bassens — cela en attendant qu'on ait un personnel diplômé.

A propos du discours de M. le Prof. Grasset au Congrès de Lille.

Nombre d'aliénistes et de neurologistes, dont nous étions, ont toujours pensé que l'étude des maladies du système nerveux était du ressort des uns et des autres. M. Sollier a traduit cette pensée au *Congrès des aliénistes* de Rouen en 1890. Voici le passage du procès-verbal de la 4e séance :

« M. Sollier demande l'*annexion de la neurologie et de la psychiatrie* — M. Ball, président, répond qu'il faut rester soi-même et la proposition est rejetée. »

La loi sur les aliénés.

La 1re chambre a rendu son jugement dans l'affaire de cet interné de Ville-Evrard qui, après s'être évadé, intentait un pro-

(1) C'est à M. T. Jonckœre que nous devons l'envoi de cette conférence, qui a d'abord paru dans les *Archives de Psychologie* de MM. Flournon et Ed. Claparède.

cès en dommages-intérêts à l'administration et aux médecins de l'établissement.

Le tribunal n'a pas admis la fin de non recevoir opposée par l'Administration à la requête de l'interné et tirée de ce que la qualité d'interné lui interdisait d'ester en justice sans l'assistance d'un curateur spécial. Mais il a rejeté sa demande au fond. Toutefois le tribunal estime que l'administration n'ayant pas fait rechercher l'interné depuis trois mois qu'il s'est évadé, l'interné doit être considéré comme n'étant pas dangereux, et ne peut plus être enfermé. (*L'Aurore*, 23 juin 1906.)

Les aliénés étrangers internés dans les asiles.

M. Clémenceau, ministre de l'Intérieur, vient d'adresser aux préfets une circulaire leur demandant de faire procéder à une enquête sur le nombre des sujets ou protégés russes hospitalisés gratuitement pour cause d'aliénation mentale, ou autre maladie incurable dans les établissements.

La même circulaire prescrit d'étendre cette enquête aux ressortissants des autres pays étrangers.

Hospitalisation des épileptiques.

Une pauvre fille *épileptique*, Mlle Chanard (Augustine), âgée de 22 ans, demeurant chez ses parents, à Marçais, était assise sous un saule, au bord d'une mare lorsque, par suite d'une crise, elle tomba dans l'eau. Sa mère s'aperçut de l'accident dix minutes après et un voisin retira la malheureuse fille, mais les soins qu'on lui prodigua ne purent la rappeler à la vie. (*Petit Berrichon*, 10 juin.)

Suicide d'une neurasthénique.

Ce matin, à six heures et demie, Mme Gallou, née Fontanes, âgée de trente et un ans, institutrice à Nîmes, s'est suicidée en se tirant un coup de revolver, après avoir tué ses deux enfants, qu'elle avait couchés avec elle, un garçon de neuf ans et une fillette de six ans. On attribue cet acte à l'état neurasthénique de Mme Gallou.

Terrible drame de famille.

Cambridge (Illinois) 1er octobre.

Hier, dans un accès de folie, Mme Markham tua à coups de hache ses sept enfants, dont l'aîné était âgé de neuf ans: puis elle coucha les cadavres sur un lit, les arrosa d'huile et y mit le feu. Elle se coupa ensuite la gorge et se précipita dans les flammes. Des voisins arrivèrent à son secours, mais elle succomba à ses blessures. Son mari s'est suicidé d'un coup de feu dans la soirée. (*Petite Gironde*, 2 octobre 1905.)

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. *Mouvements d'août et de septembre* 1906. — Arrêté portant disjonction des fonctions de directeur médecin dans les asiles autonomes de Bassens (Savoie) et d'Armentières (Nord). M. le Dr Lubin, conseiller général du Var, est nommé directeur de l'asile de Bassens (Savoie). M. Gaspa, maire de la Nouvelle (Aude) est nommé directeur de l'asile d'Armentières (Nord). — M. le Dr Dumaz, est nommé médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie). — M. le Dr Chardon est nommé médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord). — Nous ne pouvons que regretter la disjonction des fonctions de directeur et de médecin.

Distinctions honorifiques. — Médailles d'honneur pour actes de courage ou de dévouements. MM. les Drs Chevalier-Lavaux, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés d'Auch (Gers); Thivet, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise) et Coignet, gardien à l'asile d aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

Lettres de félicitation. — Bazelaire, surveillant à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), Ildis, infirmier dans le même établissement ont été blessés dans leur service par des aliénés.

Le morphinomane escroc. — Il y a un an, l'ex-élève pharmacien Rougier, arrêté pour escroqueries diverses, commandes faites indûment au nom de ses patrons, offres de prêts pour lesquels il réclamait des commissions, était déclaré irresponsable par le Dr Dubuisson. Rougier ayant continué ses escroqueries, un nouvel examen mental fut ordonné, et le Dr Roubinovitch ayant cette fois conclu à la responsabilité, l'ex-élève pharmacien a été condamné à quatre mois de prison.

Suicide d'un jeune homme. — M. Cochepin, cultivateur à Menevillers, avait à son service, depuis deux mois environ, un jeune domestique de 17 ans, nommé Zéphir Lefèvre, qui passait pour avoir un caractère assez violent. Dimanche, comme il se refusait à traire les vaches, M. Cochepin lui fit une simple observation, et ordonna à un autre domestique de faire ce travail. Lefèvre s'en alla en maugréant et passa la soirée dans les cabarets. Le lendemain, il était trouvé pendu dans l'étable, et M. le Dr Budin, appelé d'urgence, ne put que constater le décès. On ne sait pas les motifs exacts qui ont entraîné le jeune vacher à cette fâcheuse détermination. (*Semeur de l'Oise*, *10* août.)

Victime de soi-même. — *Saint-Cloud.* — Un pauvre fou, nommé Anatole Bruza, âgé de quarante-quatre ans, que les surveillants avaient toujours considéré comme dangereux, vient de justifier d'une façon misérable leurs appréhensions. Détenu provisoire-

ment à l'hôpital de Saint-Cloud, il a mis le feu au cabanon qu'il habitait. Le personnel, avec le concours d'un agent et d'un caporal de pompiers, a pu étouffer l'incendie. Mais le malheureux *déséquilibré avait succombé à l'asphyxie.*

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par le tramway de Montrouge, par le tramway de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) ; *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Bibliographie de la méningite cérébro-spinale.

Adams, S. S. Epid. cerebro-spinal mening. in children. Am. J. Obst, N. Y., 1903, v. 48. p. 790-803.

Bacteriology of epid. cerebro-spinal mening. Boston M. et S. J., 1897, v. 136, p. 364.

Bailey, J. A. Cryoscopy of cerebro-spinal fluid in epid. cerebro-spinal mening. Med. Rec., N. Y., 1905, v. 67, p. 215.

Barras, W. G. Mening. infect. by the diplococcus pneum. simul. infective cerebro-spinal mening. Lancet, Lond., 1904, v. 2, p. 590.

Bauer et Mauban. Ménin. cérébro-spinale hémorrag. aiguë terminée par la guérison. Arch. gén. de méd., Par., 1903, v. 2, p. 2777.

Berg, H. W. Clinical and other features of the recent epidemic of cerebro-spinal menin r. Med. Rec. N. Y., 1904, v. 66 p. 404-409.

Bettencourt, A. et Franca, C. Ueber die mening. cerebro-spinalis epid. und ihren specifischen Erreger. Ztschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh. Leipz., 1904, v. 46, p. 463-516, 3 pl.

Buckingham, E. M. The communicability of cerebro-spinal mening. Boston M. et S. J., 1905, v. 161, p. 461-462.

Cerebro-spinal mening. Am. Med. 1905, v. 9. p. 627.

Cerebro-spinal mening. epidemic. J. Am. M. Ass., 1905, v. 44, p. 1038.

Chapin, H. D. Notes on the epid. of cerebro-spinal mening. Med. News, N. Y. 1904, v. 84, p. 1063-1065.

Cheatham, W. Involvement of eye and ear in cerebro-spinal mening. Phil. M. J., 1899, v. 4, p. 135-136.

Cheney, W. F. Diag. of cerebro-spiral mening. (abstrrct.) J. Am. M. J., 1899, v. 32, p. 939-940.

Councilman, W. T. Acute mening, J. Am. M. Ass., 1905, v. 44, p. 997-1002.

Councilman, W. T. Cerebro-spinal mening. Johns Hopkins Hosp. Bull, Balt, 1898, v. 9, 27-35. et Boston M. et S. J., 1898, v. 138, p. 145-148.

Councilman, W. T. Epid. cerebro-spinal mening. Phila, M. J., 1898, v. I, p. 939-946.

Councilman, W. T. The pathology and bacteriology of acute mening. Albany Med. Ann., 1905, v. 26, p. 199-152.

Critzman. La méning. cérébro-spinale épid. Ann. d'hyg., Par., 1898, v. 3, S., v. 40, p. 115-124.

Davis, A. E. Eye symptoms of cerebro-spinal mening. Med. News, N. Y., 1905, v. 86, p. 644-647. et Albany Med. Ann., v. 26, p. 175-178.

Donath, J. Beiträge zur eitrigen Mening. cerebro-spinalis. Wien. Klin. Wchnschr., 1903, v. 16. p. 759-762.

Eisendrath, D. N. The pathol. of epid. cerebro-spinal mening. J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, v. 32, p. 522-523.

Elsner, H. L. Sympt. and diag. of cerebro-spinal mening. Med. News, 1905, v. 86, p. 638-644. et Albany Med. Ann., v. 26, p. 152-167.

Epid. cerebro-spinal mening. J. Am. M. Ass., Chicago, 1900, v. 34, p. 690-691 ; 1904, v. 42, p. 1494; 1905, v. 44, p. 960 ; 1371-1372.

Eyster, G. L. Cerebro-spinal mening ; some unusual features in the epidemic form, J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, v. 33, p. 187-188.

Ferrer, J. M. Hospital notes on epid. cerebro-spinal mening. Med. Rec., N. Y., 1904, v. 66, p. 569-574.

Finkelstein, H. zur Aetiol. der mening. cerebro-spinalis epid. Charité-Ann., Berl., 1895, v. 20, p. 297-30à.

Franz, E. Ueber eiterige Gelenksentzündungen in Verlaufe der meningistis cerebro-spinalis epid. Wien. klin. Wchnschr., 1807, v. 10, p. 351-353.

Frew, William. Case of cerebro-spinal fever purpuric variety. Edinb. M. J., 1900, n. s. v. 7, p. 576-589.

Friedrich, E. P. Ueber die chirurg. Behandl. der otogenen eitrihen Zereberospinalmeningitis. Deutsche med. Wchnschr., Leipz. et Berl., 1904, v. 30, p. 1167-1171.

Handfort, H. A note on a series of cases of epid. cerebro-spinal mening. Brit., M. J., Lond., 1900, v. 2, p. 81.

Hannion. Méning. cérébro-spinale prolongée chez une petite fille de 13 mois, terminée par la mort au 83e jour Rev. Neurol., Paris. 1902, v. 10, p. 69.

Herrick, J. B. Concerning Kernig's sign in mening. Am. J. M. S., 1899, v. 118, p. 35-44.

Heubner, O. Beobacht. und Versuche über den Meningokokkus intracellularis (Weichselbaum-Jaeger). Jahrb. f. Kinderh., Leipz., 1896, v. 43, p. 1-22.

Heubner, O. Zur Aetiol. und Diag der epid. Cerebro-spinalc-meningitis., Deutsche med. Wchnschr., Leipz., u. Berl., 1896, v. 22, p. 423.

Hirsh, J. L. Report of four cases of epidemic cerebro-spinal mening. with special reference to the value of lumbar puncture as a means of diagnosis. N. Y., M. J., 1899, v. 70, 260-263.

Hobhouse, E. Chronic meningitis as a sequela of epidemic cerebro-spinal meningitis. Lancet; Lond., 1897, v. 2, p. 1185.

Hofmann, A. Ein Beitrag zur Kenntniss des Meningo-typhus.

Deutsche med. Wchnschr., Berl., u. Leipz., 1900, v. 26, p. 448-451.

Huber, F. Preliminary report on the use of diptheria antitoxin in epid. cerebro-spinal mening. Med. News, N. Y., 1905, v. 86. p. 677-678.

Hunter, Wm. et Nuthall, A, W. The bacteriology of sporadic cerebro-spinal mening. Lancet, Lond., 1901, v. 1, p. 1524-1529, 2 table, 4 fig.

Jassniger, K. Der Pneumococcus Friedländer als Erreger der eitrigen Mening. cerebro-spinalis. Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. Jena, 1901 v, 30, p. 1-3.

Jewnin, M. Anwendung von heissen Bädern in fünf Fallen von Cerebrospinalmening. Therap. Monatsh., Berl., 1896, v. 10. p. 581-583.

Joslin, E. P. Internal hydrocephalus following cerebro-spinal meningitis. Am. J. M. Sc., Phila., 1900, v. 120. p. 444-463, 4 ch.

Kamen, L. Zur Aetiologie der Cerebrospinal meningitis. Centrabl, f. Bakteriol. 1 Abt., Jena, 1898, v. 24, p. 545-556.

Kiefer, F. Zur Differentialdiag, des Erregers der epid. Cerebrospinalmening. uud der Gonorrhoe. Berl. klin. Wehnschr., 1896, v: 33, p. 628-630.

Kolipinski, L. The treat. of epid. cerebro-spinal mening. with the arsenite of copper. Maryland Med. Rec., 1899, v. 42, p. 59-64.

Koplik, H. Cerebro-spinal mening. (Weichselbaum, Jaeger), treated by repeated lunbar puncture. Med. News, N. Y., 1901, v. 78, p. 448-455, 2 fig.

Koplik, H. The clinical features of cerebro-spinal mening., or cerebro-spinal fever of the epidemic type. Med-News, N. Y., 1904, v. 84, p. 1065-1073 et Tr. Ass. Am. Physicians' Phila., 1904, v. 19, p. 287-307.

Langer J. Mening. cerebro-spinalis suppurat. bedingt durch Influenzabacillen (Lumbalpunktion). Heilung. Jahrb. f. Kinderh, Berl., 1901, 3 F., v. 1, p. 91-98.

Legatt, G. S. A case of cerebro-spinal mening., complicat. gonorrhoea, treated by antikamnia. Lancet, Lond., 1896, v. 2, p. 239.

Lenhartz, H. Zur Behandl. der epid. Genickstarre. Münchenner med. Wochenschr, 1905, v. 51, no. 12, March 21.

Léri, André, Méning. cérébro-spinale à forme ambul. ayant évolué pendant huit mois ; recherches cytol. bacteriol. et cryoscop. Arch. gén. de Méd., Paris, 1902, n. s., v. 7, p. 375-414.

Lloyd, J. H. Purulent cerebro-spinal mening. ; presence of the bacillus coli communis in one case. Internat. M. Marg., Phila., 1898, v. 7, p. 763-766.

Love, F. W. Etiolog. and symptomatology of cerebro-spinal mening. Buffalo M. J., 1904-5, n. s. v. 44, p. 457-459.

Mc Nabb, C. P. Antistreptococcic serum in epidemic cerebro-spinal mening. N. Y., M. J., 1899, v. 69, p, 262-264.

Manges, M. Intra-spinal injection of lysol solut. in the treat of cerebro-spinal mening., Med. News, N. Y., 1904, v. 84, p. 913-917,

Mayer, G. Ein Beitrag. zur Pathologie der epid. Cerebrospinal

meningitis. München. med. Wchnschr., 1898, v. 45, p. 111-1116.

Michaelis, M. Zur Casuistik der Cerebro-spinal meningitis, Charité-Ann., Berl. 1903, v. 27, p. 3-22.

Moody. H. A. Epidemie cérébro-spinal mening. Am. Med., 1905, v. 9, p. 598-599.

Moody, H. A. Potassium iodid in cerebro-spinal mening. J. Am. M. Ass., 1898, v. 31, p. 697, *also* Merck's Archives, 1889, v. 1, p. 296-299.

Nammack, C. E. The treat. of épid. cerebro-spinal mening. by intra-spinal antisesp. inject. Med. Rec., N. Y., 1904, v. 65, p. 910.

Netter. Diag. de la méningite cérébro-spinale (signe de Kernig, ponct. lomb.). Semaine Méd., Par., 1898, v. 18, p. 281-284.

Northrup, W. P. Cerebro-spinal meningit., followed by hydrocephalus; autopsy. Arch. Pediat., N. Y., 1896, v. 13, p. 901-905.

O'Gorman, F. M. Antitoxin in cerebro-spinal meningitis. Buffalo M. J., 1900, n. s. v. 40, p. 177-180.

Osler, W. The arthritis of cerebro-spinal fever. Boston M. et S. J., 1898, v. 139, p. 641-643.

Osler, W. The etiol. and diag. of cerebro-spinal fever. Philadelphia Med. J., 1899, v. 4, p. 26-41.

Pasteur W. Cerebro-spinal mening., optic neuritis; complete loss of sight followed by partial recovery of vision of unusual character, Tr. Clin. Soc. Lond., 1902-03, v. 36, p. 257.

Peterson, G. Zur Epidemiol. der épid. Genickstarre. Deutsche med. Wchnschr., Leip. u. Berl., 1896, v. 22, 579-581.

Pic. Etat comateux avec contracture de la nuque et des quatre membres; à l'autopsie, méning. cérébro-spinale due au méningocoque. Lyon Méd., 1900, v. 94, p. 591-592.

Raymond et Sicard, J. A. Méningite cérébro-spinale à forme de paralysie infantile, cyto-diagnostic. Rev. Neurol. Paris, 1902, v. 10, 317-321.

Roque. Méning. cérébro-spinale à pneumocoques. Lyon Méd., 1903, v. 101, p, 959-961.

Ruprecht. M. Ein unter der Form einer Mening. cerebro-spinalis verlaufener otitischer Hirnabscess mit éiterhaltiger Spinalflüssigkeit. Arch. f. Ohrenh., Leipz., 1900, v. 50, p. 221-231.

Sacquépée, E. et Peltier, E. Méning. cérébro-spinale gripp. Arch. Gén. de Méd., Paris, 1901, n. s., v. 5, p. 537-564, 3 tr.

Sainton. P. et Voison, R. Le signe de Kernig. Gaz. des hôp., Par., 1904, v. 77, p. 949-957.

Sergent, E. et Lemaire, H. Méningite cérébro-spinale à staphylocoque chez deux typhiques (contagiosité possible), Arch. Gén. de Méd.. Par., 1903, v. 2, p. 3073-3080.

Shekwana, P. Cerebro-spinal meningitis in cattle. N. Y. Med. J. et Phila. M. J., 1905- v, 81, p. 650.

Sicard, J. A., et Roussy. Méningite aiguë cérébro spinale syph., évolution sept mois après le chancre, et au cours du trait. spéc.; cytol. du liquide céph.-rach.; autopsie. Rev. neur., Par., 1904, v. 12, p. 491-494.

Smith, J. D. Subcut. inj. of sublimate as a cure for cerebro-spinal mening. J Am. M. Ass., 1896, v. 26, p. 1171.

Speer, G. G. Cerebro-spinal meningitis epid. and spora. Med., Record, 1905, v. 67, p. 561-568.

Stewart, P. Cerebro-spinal mening. ; late development of head retraction ; long illness ; recovery. Brit. M. J., Lond:, 1904, v. p. 1254.

Waitzfelder, E, The treat. of épid. cerebro-spinal mening by diphtheria antitoxin. Med. Rec. 1905, v. 67, p. 361-365.

Wolisch, A. Zur Behand. der Meningitis cerebro-spinalis mittels heisser Bader. Therap. Monatsch., 1896, v. 10. p. 254-258.

Woodward, J. F. Ecchymosis of the bulbar conjunctiva und lids; important symptoms in acute cerebro-spinal meningitis Virginia M. Semi-Month., Richmond, 1898-9, v. 3, p. 370.

Zuppinger. Zur Diagnose der Mening. cerebro-spinalis épid. im. Kindesalter. Arch. f Kinder., Stutty 1901, 039, p. 366.370.

Amako, M. [Two bacilli found in researches on the origin of cerebro-spinal meningitis.] Saikingaku Zasshi, Tokyo, 1904, p. 364-380.

Auché, B. Contrib. à l'étude la méning. cérébro-spinale diplopneumococcique de l'enfance. Rev. mens. des mal. de l'enf., Par., 1904, v. 22, p. 20-30.

Bertini, E. Due casi di mening. cerebro-spinale de baccillo di Pfeiffer. Riv. di clin. pediat, Firenze, 1904, v. 2, p. 673-679.

Castorina, M. Sul valore del segno di Kernig nella meningite. N. riv. clin.-terap., Napoli, 1904, v. 7, p. 566-571.

Chace, E. A brief report of eight cases of cerebro-spinal fever. with special reference to thier treatment with ergot. Brooklyn M. J., 1904, v. 18, p. 401-404. [Discussion], p. 415.

Coste, N. Considérations sur la méning. cérébro-spinale. Arch. de méd. et pharm. mil., Par., 1904, v. 43, p. 115-121.

Friedrich, E. P. Ueber die operative Eröffnung des Spinalkanals bei otogener eitriger Cerebrospinalmening. Verhandl. d. deutsh. otol. Gesellsch., Jena, 1903, v. 13, p. 106-109.

Hanbold, H. A. Osteo-myelitis in cerebro-spinal meningitis. Med. Brief, St. Louis, 1904, v. 32, p. 673.

Kusumoto, N. [Acute cerebro-spinal meningitis.] Iji Shinbun. Tokyo, 1904, p. 261 ; 360 ; 438.

Loeper et Gourand, X. Polyurie et éliminations urin. dans la méning. cérébro-spinale. Presse Méd., Paris, 1905.

Mandoul, A. Epidémiol. de la méning. cérébro-spinale. Presse Médicale, Paris, 1905.

Rist, E. et Paris, A. Purpura hémor. et méning. cérébro-spinale à diplococques de Weischselbaum. Ann. de med. et chir. inf., Par., 1904, v. 8, p. 123-128.

Soerensen. Fieber und Krankheitsbild der epid. cerebrospinalmening. Jahrb. f. Kinderh-kunde, 1904. v. 58, No. 1.

Vaissier, G. et Ledoux, E. Un cas de méning. cérébro-spinale à méningococques. Rev. Méd. de la Franche-Comté, 1904, v. 12, p. 139-142, 1 ch.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. XXII. Novembre 1906. N° 131

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Mutisme, aphonie, amnésie, aphasie — aphasie motrice, amusie, surdité musicale, surdité verbale, cécité verbale, cécité psychique, agraphie — chez un hystérique récemment guéri d'une monoplégie brachiale droite, remontant à huit ans;

PAR MM.

G. RAVIART et L. DUBAR,
Médec.-adj. de l'Asile d'Armentières. Chargé du cours de médec. ment. à la Faculté de Lille.
(d'Armentières), Ancien interne des Quinze-Vingts.

La rareté relative des cas d'aphasie hystérique nous autorise à rapporter aujourd'hui l'observation suivante qui diffère de nombre d'autres par la multiplicité des phénomènes observés.

Charles D..., menuisier, marié, père de quatre enfants, est né à Armentières en novembre 1865, il avait 39 ans lors des faits que nous allons relater.

A H. — Ses grands-parents sont morts à un âge avancé, ils n'étaient pas atteints de maladies nerveuses. — Son père est mort à 77 ans ; alcoolique, il était nerveux, irritable, sujet à de fréquentes colères, vite passées du reste. — Mère morte à 74 ans, non alcoolique, pas nerveuse. Pas d'antécédents nerveux signalés dans la famille, tant du côté paternel que maternel. — D..., avait 2 frères et 3 sœurs. Une sœur est morte à 27 ans, elle toussait, n'était pas nerveuse. — Les survivants sont bien et pas plus que leurs enfants ne présentent d'affections méritant d'être signalées.

A P. — Bien portant étant jeune, il a bien appris en classe, a eu son certificat d'études ; il reste à l'école jusque 14 ans et demi, puis apprend l'ébénisterie. Bon ouvrier, estimé de ses

patrons, il ne buvait pas, se conduisait bien. Il part au régiment, fait un an de service (soutien de famille), s'y conduit bien. Pas de maladies vénériennes. D..., nous déclare du reste qu'il n'était pas porté vers les femmes.

Il revient à Armentières et, un an après, se marie. Il fut heureux en ménage, eut 5 enfants ; le premier mourut du croup ; les quatre autres sont bien portants, l'aîné a 14 ans, le second 11 et demi, le troisième 8 ans, le dernier 3 ans. — Sa femme est morte il y a environ 2 ans, d'une pleurésie.

D... n'eut, en somme jamais rien jusqu'au 6 janvier 1896. Ce jour là, étant à son travail, en train de charger des corniches en bois, il fit un faux pas tandis qu'il en avait une sur l'épaule droite — il était au bord d'une cave, — et partit la tête en avant, dans la cave, profonde d'environ 2 m. 50. Le traumatisme porta sur l'épaule droite et c'est à peine s'il eut quelques égratignures de la face ; traumatisme si peu important que le malade se relève aussitôt, remonte immédiatement, et retourne à son établi pour se remettre au travail. Il frictionnait de temps en temps l'épaule droite siège d'une douleur assez vive.

Très saisi au moment de l'accident, D... devint tout pâle; il se demandait s'il n'avait rien de cassé : « Il ne manquerait plus que ça, se disait-il, que je ne pourrais plus travailler, je suis si bien ici ».

Il se remit de suite au travail, mais en poussant sa varlope (long rabot), il s'aperçut que lorsqu'elle rencontrait dans le bois une partie plus dure, au lieu de l'enlever, elle restait immobile, son bras droit n'ayant plus la force de la pousser. Inquiet, il va trouver le contremaître, et lui demande un billet d'assurance, pour aller le lendemain consulter le médecin.

Rentré chez lui le soir de l'accident, il constata qu'il ne pouvait retirer seul son veston, et sa femme dut le lui enlever. De « voir qu'il était arrangé comme ça », D... se mit à pleurer, il ne sut pas souper. « Pourvu que ça ne traîne pas trop longtemps, c'est toujours autant de perdu, » disait-il en larmoyant. Il pleura une partie de la nuit et sa femme également; la souffrance qu'il éprouvait au niveau de l'épaule l'empêcha de dormir. Le lendemain il ne put s'habiller lui-même, son bras faiblissait, cependant il pouvait encore le lever. Il alla voir le médecin qui lui ordonna de se frictionner avec de l'alcool camphré ; mais ce médecin, souffrant, reste trois jours sans le voir, et D... qui allait en vain réclamer ses soins en était tout chagrin, se demandait ce que cela allait devenir, son bras faiblissant de plus en plus. A peine pouvait-il encore de sa main droite rouler une cigarette et porter les aliments à la bouche. Il mangeait du reste fort peu tant il avait de chagrin. Les nuits suivantes, il put cependant dormir.

Pendant huit jours on lui ordonne des frictions puis on lui met des pointes de feu, on l'électrise chaque jour, on lui donne des bains.

Peu à peu le bras s'affaiblissait, D... ne pouvant plus le

lever, ni rien saisir ; en même temps, la sensibilité s'abolissait progressivement dans tous ses modes, et dans toute l'étendue du bras : « Les pointes de feu qu'on faisait alors étaient comme si on les avait faites sur la table, nous dit D..., de même que l'électricité «.

Environ trois semaines après l'accident, le bras droit présentait une abolition totale de la motilité et de la sensibilité, il pendait absolument inerte. L'insensibilité était telle que le malade pouvait sans éprouver aucune sensation, poser la main sur un poêle brûlant, comme il le fit un jour qu'un camarade le traitait de paresseux. La zone insensible était limitée à la racine du membre par une ligne circulaire passant par le sommet du creux axillaire en bas, en haut, par un point distant de trois travers de doigt de l'extrémité de l'acromion.

Avant que la sensibilité ne fût totalement abolie au niveau du bras, D... ressentait en avant et en arrière de ce membre des douleurs analogues à des brûlures, des torsions ; elles étaient surtout localisées au niveau de l'épaule. Quand le membre fut devenu tout à fait insensible objectivement, il ne fut plus jamais le siège de douleur. Il était froid comme du marbre.

Entre temps, D... fut examiné par les docteurs Folet, Guermonprez, Baudry, de Lille, qui rédigèrent le 12 mars 1896 le certificat suivant : Contusion légère de l'épaule droite, qui n'a pas laissé de traces, et qui fut suivie, à quelques semaines de distance, d'une paralysie flasque de tout le membre, paraissant d'origine hystérique, l'éveil de l'hystérie ayant eu pour cause occasionnelle le léger traumatisme. Cette paralysie disparaîtra certainement dans un temps difficile à préciser.

Sept mois après l'accident, on ne fit plus rien; le bras fut considéré comme perdu, et D... reçut 500 francs de la compagnie d'assurance. Il chercha une place, vendit des journaux, puis diverses denrées promenées sur une petite voiture qu'il poussait du bras gauche. Le bras droit toujours inerte, s'amaigrissait peu à peu, il était froid « comme du marbre », avait une teinte jaunâtre, ne présentait pas d'œdème. Sa piqûre, même très profonde, donnait à peine une toute petite gouttelette de sang. Il était porté en écharpe.

Huit ans plus tard, un samedi du mois de décembre 1903, — D... était très bien ce jour là, n'avait pas bu, ne paraissait pas drôle, — après avoir passé la journée comme de coutume, à vendre ses journaux, il se coucha vers huit heures sans rien présenter d'anormal. Vers minuit et demi, il s'éveille en sursaut. Assis sur le bord du lit, il voyait, dit-il, comme une lueur rouge. Il resta dans cette position pendant environ un quart d'heure se demandant où il était; ouvrant alors les yeux quelle ne fut pas sa stupéfaction en constatant qu'il tenait le matelas de ses deux mains! Il se mit à pleurer. Il alla alors éveiller ses enfants, et, leur prenant la tête : « Regardez, mon bras est revenu, leur dit-il, nous allons descendre

et prier ». Il allume la lampe et descend, la tenant de la main droite, mais il dut bientôt l'abandonner à ses enfants car sa tête tournait. La sensibilité était revenue également, et, sitôt arrivé en bas, D... qui voulait s'en assurer, laissa tomber sur sa main une goutte d'eau qu'il sentit parfaitement, le membre tout entier avait du reste recouvré sa sensibilité.

La motilité n'était revenue qu'incomplètement et ce furent d'abord des mouvements limités que D... pût exécuter; peu à peu, leur amplitude augmenta, et à l'heure actuelle elle est a peu près normale.

Au mois de janvier 1904, nous le fîmes entrer à l'hopital d'Armentières, où, après l'avoir endormi, nous brisâmes les rétractions fibro-tendineuses qui maintenaient en semi flexion tous les doigts de la main droite et qui s'opposaient à la liberté des mouvements.

D'une très grande maigreur, le bras de D... grossit petit à petit, mais comme le montre la photographie reproduite plus loin, il n'a pas encore atteint le volume de l'autre.

Tout eût probablement été pour le mieux si des ennuis n'étaient venus déterminer l'apparition de nouveaux accidents. On lui reprit sa place de porteur de journaux au commencement de 1904 ; cela lui fit beaucoup de peine, il demeura inoccupé pendant deux mois, puis il obtint du travail chez son ancien patron et recommença son métier d'ébéniste. Il était content; malheureusement au bout de 15 jours, le travail faisant défaut, il fut momentanément remercié. Inactif, il se désespérait, fumait beaucoup.

Environ huit jours avant Pâques, il s'enivra; c'est la première fois que pareille chose lui arrivait; tout au plus commettait-il parfois quelques excès depuis qu'il avait perdu l'usage de son bras. Il rentra chez lui en titubant, cria sur ses enfants leur disant qu'ils n'avaient rien fait dans la maison, alors que cependant ils avaient travaillé. Le lendemain, il ne présenta rien d'anormal, mais il retourna au cabaret. Rien à noter pendant quelques jours, sinon que D..., sans ressources, s'alimentait peu.

Le dimanche de Pâques, vers dix heures du matin, il fait monter de l'eau pour boire, il suait; il n'avait pas l'air drôle disent ses enfants, était bien la veille et n'avait pas bu; il se rendormit. Vers 11 heures ½, il se lève, s'habille, crie après ses enfants et leur dit : « Je deviens tout drôle, j'ai mal à la tête. Puis il se met à dire des bêtises, fait un cimetière sur le plancher avec des croix de paille — il avait. huit jours avant, été travailler au cimetière et s'était enivré ensuite — tient des propos macabres. Pâle, tremblant, les yeux grands ouverts, hagards, il ne semblait reconnaître personne, se croyait fossoyeur, devait se hâter d'enterrer des morts que « Camille « n'apportait pas assez vite. Il ne parlait pas à ses enfants.

Le médecin vint alors, lui parla, mais il ne lui répondit point, continuant son délire « Perman a dit que je devais

faire des petites croix, des petits trous, et que Camille (une amie) devait apporter les morts pour que je les mette dedans. C'est tout, c'est fini, les affaires sont finies, ils vont venir » disait-il. Et, comme ses enfants dérangeaient le petit cimetière qu'il avait fait, il les repousse.

Vers 2 heures ½, on l'amena à l'hôpital, il avait l'air égaré se tenait la tête. Durant environ trois heures, il tint sans cesse des propos délirants, ne répondant pas quand on lui adressait la parole. Il répétait constamment les mêmes mots : « C'est tout, c'est fini, les affaires sont finies, ils vont venir. » Il était relativement calme.

Le lundi de Pâques, il était un peu mieux, mais les yeux hagards, il ne semblait pas reconnaître les personnes de l'entourage, non plus que ses enfants venus le visiter. Ceux-ci lui disaient bonjour, mais il ne leur répondait pas. Le 5 avril, c'est-à-dire deux jours après son entrée à l'hôpital, il cessa de parler. Le jeudi 7, il commence à comprendre, mais répond par des gestes. Détail extrêmement intéressant, durant la nuit du 7 au 8, par trois fois, tandis que rêvant, les yeux bien fermés, il gesticulait quelque peu, on l'entendit parler : « Dépêchons-nous, disait-il, nous allons aller boire... »

Nous le voyons le 7 avril, il était tranquille dans la salle des malades. A notre arrivée, il ne semble pas nous reconnaître, dit également ne pas reconnaître la sœur de la salle, qu'il voit cependant depuis de longues années. Il fait mine de chercher et de ne pas se souvenir. Il fait signe qu'il ne sait où il est ; il comprend ce que nous lui disons, mais il ne peut parler, cependant il sort la langue, la meut en tous sens; par une mimique difficile à comprendre, il explique qu'il voudrait bien parler et qu'il est comme lié à la gorge, qu'il éprouve une sensation de constriction au niveau du creux sus-sternal; de fait, il lui est impossible d'émettre le moindre son. Il fait signe qu'il peut écrire, demande qu'on lui donne de quoi le faire. Nous fiant à cette affirmation, pressé de partir, nous ne l'avons malheureusement pas fait écrire ce jour-là, si bien que nous ne pouvons savoir s'il présentait l'agraphie que nous avons pu constater chez lui les jours suivants.

Il nous fait encore comprendre qu'il a mal à la tête, et il désigne de la main la région répondant au pied des circonvolutions frontales gauches; il fait en outre signe qu'il est attiré en avant.

L'examen sommaire auquel nous nous livrons, nous permet de constater : un hémispasme facial gauche, une légère trépidation de tout le corps. Il n'y a ni anesthésies ni hyperesthésies.

Pendant la journée du 8, l'état reste stationnaire, le malade ne parle pas.

Nous le revoyons le 9 avril, il vient de finir de souper, il a bien mangé, il est calme. A voix basse, il nous dit, portant la main au niveau de la région temporo-pariétale gauche : « J'ai toujours mal là ».

D. Depuis quand? — R. Je ne sais pas.

D. Depuis quand parlez-vous? — R. Hier après-midi, je crois. — Il parle très bas, répond parfois par gestes, il ne peut parler plus haut. « On dirait que ça me tient là », dit-il, en montrant le creux sus-sternal.

D. Où êtes-vous? R. Maintenant je sais depuis hier que je suis à l'hôpital, mais comment j'y suis venu, je ne sais pas. Je ne me rappelle de rien, je ne sais pas depuis quand je suis ici. — Il ne se souvient pas de ce qu'il a dit les jours précédents, ne nous reconnaît pas.

D. Qui suis-je? — R. Je ne sais pas,je vous ai vu avec un autre Monsieur... dire où, je ne sais pas.

Il ne se souvient pas qu'il ne pouvait parler avant-hier.

D. En quelle année sommes-nous? — R. Nous sommes en 94, 95 en 1895, en avril.

D. Il y a eu une exposition il y a quelques années. En quelle année était-ce? — R. Je ne me rappelle pas de tout ça.

Lundi 11 *avril.* — La mémoire est toujours très affaiblie, il nous reconnaît bien, sait qu'il nous a vu samedi, mais ne se souvient plus de nous avoir vu le jeudi précédent. Ses enfants sont venus le voir hier, il les a reconnus, mais ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Il souffre toujours au niveau de la région temporale gauche. Il parle à voix moins basse qu'avant hier, cherche moins ses phrases (toutefois l'entourage déclare qu'il répond encore fréquemment par gestes). il déclare bien se souvenir du nom de chaque chose.

Outre l'aphonie et l'amnésie que nous venons de signaler, nous constatons chez D... l'existence de toute une série de troubles aphasiques plus ou moins accentués : aphasie motrice légère, surdité verbale, amusie, cécité verbale, cécité psychique.

Comme il s'agissait d'un sujet intelligent, lisant, écrivant couramment, habitué à lire les journaux, et comprenant bien la signification des mots même peu usuels il nous était possible de rechercher assez minutieusement chez lui, l'état des diverses fonctions du langage. Pour plus de clarté, au lieu de laisser dispersés au cours de l'observation, les points intéressant chacune d'elles, nous les avons groupés, si bien qu'on trouvera successivement ci-après l'étude de la parole spontanée, répétée, du chant, de la lecture du texte manuscrit et imprimé, des chiffres, des nombres, de l'écriture spontanée, sous dictée, de la copie du manuscrit, de l'imprimé, etc.

Nous avons fait précéder l'étude de ces troubles divers de celle de l'amnésie rétro-antérograde, du mutisme et de l'aphonie ; nous l'avons fait suivre d'un court aperçu du langage intérieur, puis de l'état mental provoqué chez le sujet par l'apparition de l'amnésie et de l'aphonie. On trouvera enfin l'énumération des signes physiques présentés par le malade.

Cette étude porte sur une période de plus d'un an, D... entré à l'hôpital d'Armentières le 7 avril 1904, présenta, sous

l'influence de la suggestion à l'état de veille une amélioration progressive des phénomènes amnésiques, et aphasiques, il en sortit presque guéri au mois d'août, mais nous avons pu l'observer pendant de longs mois encore et assister au retour des souvenirs perdus.

Actuellement (octobre 1906), ce sujet ne présente plus aucun des symptômes que l'on trouvera signalés au cours de cette observation, il travaille à nouveau de son métier de menuisier que pendant de si longues années il avait dû abandonner.

AMNÉSIE. — TROUBLES DU LANGAGE.

Amnésie rétro-antérograde.

Les troubles de la mémoire dominent l'histoire de notre malade. Dès son entrée à l'hôpital, il ne sait où il est, ne reconnaît personne.

Le 9 avril. — Il ne souvient pas de ce qui s'est passé, ne sait plus que l'avant-veille il ne pouvait parler; bien plus, l'amnésie rétrograde embrasse une période de plusieurs mois, il ne sait plus qu'il est venu à l'hôpital en janvier et qu'il nous y a vu. Il ne peut dire en quelle année nous sommes, 94, 95, en 1895. Pour le guider, nous lui rappelons qu'il y a eu une exposition il y a quelques années.

R. Je ne me rappelle pas de tout çà.

Il savait de nombreuses chansons, et ne se souvient plus de rien, non seulement il présente de l'amusie, mais il ne peut réciter les paroles des chansons populaires, même lorsque l'on en dit le commencement.

Il met une minute pour dire les douze mois de l'année, quinze secondes pour dire les jours de la semaine, met quelque temps pour trouver son âge, pour se souvenir de la date de la mort de sa femme, etc. Nous lui demandons de compter jusque 14, il y parvient difficilement, lentement, en mettant un intervalle entre chaque nombre.

Nous lui faisons faire quelques petites opérations, $2 \times 2 = 4$ (après 5"), $5 + 4 = 10$ (après 10"); mais il n'est pas sûr, et après avoir compté sur ses doigts, 40" après il trouve le résultat exact; $10 - 4 = 6$ (après 30").

13 avril.— J'ai le cœur tout triste, dit-il, cette mémoire qui ne revient pas, je ne sais plus en quel endroit je travaillais en dernier lieu, mes outils seront perdus.

L'amnésie antérograde est très marquée.

Il oublie au fur et à mesure tout ce qu'il fait ; oublie immédiatement la phrase qu'il vient d'écrire, le mot qu'il vient de prononcer et sur lequel son attention a été attirée, cherche pendant cinq minutes et ne retrouve pas.

3 *mai.* — Trois minutes après lui avoir fait lire et copier la phrase imprimée : *Un ami nous fait cette très intéressante communication* nous lui demandons de répéter cette phrase, il retrouve d'abord *communication*, puis *intéressante communication* en une minute et demie ; au bout de quatre minutes, il ne retrouve plus rien.

3 *mai.* — Il ne peut suivre la prière dite en commun, l'amnésie antérograde est si prononcée qu'il oublie au fur et à mesure, les mots qu'il vient d'entendre.

« La sœur de la salle, nous dit-il, est obligée de répéter plusieurs fois la même chose quand elle me donne une commission, et je suis obligé de le répéter en route pour ne pas le perdre ».

8 *mai.* — Même état, il ne se souvenait pas ce matin du rendez-vous que nous lui avions donné.

Il se perd en ville en venant chez nous.

Il s'arrête au milieu des phrases, ne sachant plus de quoi il est en train de parler.

Nous lui offrons un cigare, il le place auprès de son assiette, et l'instant d'après, se met à rouler une cigarette. Comme nous lui demandons s'il ne fume pas son cigare, il répond qu'on ne lui en a pas donné, que sans cela, il l'aurait à la bouche ; voyant alors le cigare qu'il a placé tout à l'heure devant lui, il demande si ce n'est à personne.

18 *mai.* — Les souvenirs reparaissent peu à peu, et sont conservés : « Je garde tout », dit-il ; mais un grand nombre manquent encore, c'est ainsi qu'il ne se représente pas les différentes rues de la ville. L'amnésie antérograde existe encore : « Ce qu'on me dit aujourd'hui, je m'en souviens le lendemain, aussi je prends courage ; mais de trois à quatre jours, je ne sais plus rien. »

Il peut nous dire immédiatement le mois et l'année.

7 *juin.* — Il ne se souvient plus du tout d'être venu chez nous le 8 mai ; les faits antérieurs à deux ou trois jours sont oubliés.

Les paroles des chansons, de la *Marseillaise*, ne sont pas retrouvées.

27 *juin.* — D..., retient mieux, mais oublie encore d'une semaine à l'autre. Il ne se souvient pas encore de ce qui s'est passé.

15 *juillet.* — Amélioration progressive.

20 *septembre.* — Il se souvient un peu de ses chansons, mais sa mémoire présente encore de nombreuses lacunes; toutefois, les souvenirs reviennent, ceux des faits les plus récents d'abord, puis les autres, il peut nous dire ce qui s'est passé durant les premiers temps de son séjour à l'hôpital.

5 *octobre.* — Un grand nombre de souvenirs ont réapparu aujourd'hui à la suite d'une émotion. Hier, un inspecteur de police lui annonça qu'à présent qu'il était rétabli et allait pouvoir s'occuper, la ville allait cesser de nourrir ses quatre enfants qu'elle avait pris à sa charge. D... en fut

très affecté, la céphalée, qui avait cessé depuis quelque temps survint à nouveau, il ne dormit pas de la nuit il se voyait dans la misère, *tout travaillait dans sa tête.*

Ce matin, la céphalée avait disparu et il était tout étonné de retrouver tant de souvenirs qu'il croyait à jamais disparus,

Les moindres détails lui reviennent à l'esprit, il se souvient à présent de ce qui s'est passé le jour où les troubles débutèrent : il disait à ses enfants qu'il avait mal à la tête, il voulait les conduire au cimetière; il se revoit des brins de paille dans les mains, figurant des tombes sur le sol de sa maison, puis on l'a conduit à l'hôpital, en voiture, avec deux agents; il se souvient de ce qu'il disait alors. Le lendemain ses enfants lui furent amenés,et la sœur lui disait: « D.. voyez vos enfants. « Le troisième jour,il se souvient bien qu'il ne put nous répondre : « On aurait dit que j'avais un bouchon à la gorge, qu'on me serrait, et je voulais parler pourtant, je faisais les mouvements, mais je ne pouvais pas. »

Il nous a vu le lendemain et se souvient de ce que nous lui avons dit.

17 *mai* 1905. — D... se souvient toujours de tout, et n'a plus rien présenté d'anormal.

Mutisme. — Aphonie

5 *avril.* — D... est muet et aphone, il est incapable de pousser le moindre cri, d'émettre le moindre son, de chuchoter.

8 *avril.* — Il est toujours muet, cependant la nuit dernière, il a parlé à trois reprises, tandis qu'il rêvait.

12 *avril.* — Parle un peu plus haut mais est incapable de crier.

13 *avril.* — Ne sait pas encore crier; montrant le creux sus-sternal : « On dirait qu'il y a un bouchon là » dit-il.

8 *mai.* — Est plus ému, et plus aphone que les jours précédents.

18 *mai.* — Est toujours aphone.

17 *juillet.* — A encore un peu d'aphonie, mais surtout le matin et il a constaté que le soir il causait beaucoup plus haut.

20 *septembre.* — L'aphonie diminue, Ce matin au réveil, il a constaté que sa voix était revenue, il attribue ce fait à ce que cette nuit il a éprouvé des douleurs au niveau du cou.

5 *octobre.* — D... se souvient bien qu'il ne put répondre à nos questions le 5 avril dernier : « On aurait dit que j'avais un bouchon à la gorge, qu'on me serrait, et je voulais parler pourtant, je faisais les mouvements, mais je ne pouvais pas ».

Aphasie d'intonation .

L'aphonie prolongée présentée par le malade fait que nous n'avons que fort peu de choses à signaler sur les modifications de l'intonation.

Lorsque D... reparla à voix haute on put noter durant assez longtemps la monotonie de ses propos.

Aphasie motrice.

Les premiers jours, D... présentait du mutisme, cessant la nuit pendant le rêve, puis de l'aphonie étudiée ailleurs, et dès qu'il s'est remis à parler, le 8 avril, on n'a pu constater chez lui qu'une aphasie motrice légère, ne portant que sur quelques mots.

12 *avril.* — D.... parle plus facilement qu'hier, il ne cherche plus ses mots, les mots usuels tout au moins, mais quand il doit employer un mot peu usité il éprouve quelque embarras, c'est ainsi qu'il a cherché cinq minutes après le mot *civilité.* Il nous fait spontanément remarquer qu'il dit plus facilement son prénom que celui de son fils.

Certains mots cependant lui font encore défaut; nous lui montrons la cornette d'une religieuse, une seringue de Pravaz, il a bien une image auditive de ces deux mots et il peut en compter les syllabes, il cherche a avoir sur le mur une représentation visuelle de ces mots, il n'y parvient pas, cherche plusieurs minutes et finalement doit y renoncer.

Quand nous lui faisons voir les aiguilles d'une montre, il cherche 40" après le mot « aiguille » dont il a cependant la représentation auditive.

13 *avril.* — Le lendemain, même difficulté : nous lui montrons l'aiguille, et lui demandons de nommer l'objet.

Il cherche et ne peut. Nous lui demandons s'il sait ce que c'est : il répond affirmativement.

D. Combien le mot a-t-il de syllabes? — R. Deux.

Il dit très bien entendre le mot comme si on le lui disait mais il n'en a pas la représentation visuelle. Enfin, il trouve, dit brusquement : *aiguille.*

Nous lui faisons épeler le mot, il le fait assez facilement, puis sur notre demande il en compte les syllabes.

R. Trois.

D. Comment se fait-il que vous nous disiez tout à l'heure qu'il n'y en avait que deux?

R. C'est que je n'en *entendais* que deux.

15 *avril.* — Il entend siffler la *Marseillaise*; après quelques minutes il en reconnaît l'air, mais ne retrouve pas le nom, il en a cependant l'image auditive et peut nous en donner le nombre de syllabes. Il finit enfin par pouvoir prononcer le mot *Marseillaise.*

3 *mai.* — On siffle l'air du *roi Dagobert*, il le reconnaît, peut le répéter mentalement, mais de même qu'il ne peut répéter l'air, il ne peut nous dire le titre de la chanson : « J'ai le nom dans la tête, nous dit-il.., c'est un air connu, un air

simple... je ne le vois pas écrit... Pour la *Marseillaise* également, il reconnaît l'air, dit que c'est une chanson patriotique, mais ne peut dire le mot, bien qu'il en ait l'image auditive sitôt qu'il le cherche ; il en a ensuite une image visuelle que nous l'invitons à lire et il l'épelle lentement, mettant quelques secondes entre chaque lettre, qu'il prononce d'une façon explosive; ensuite viennent les deux premières syllabes, puis le mot tout entier.

7 *mai.* — Il ne trouve pas également bien tous les mots, c'est ainsi que, pour certains de ses outils de charpentier, il les voit devant les yeux, sait à quoi ils servent, doit réfléchir un moment pour entendre leur nom, mais il ne peut parvenir à le prononcer, ni en retrouver non plus l'image visuelle. Il nous indique le nombre de syllabes des mots, rien de plus.

8 *mai.* — Les noms propres sont parmi ceux qui lui donnent le plus de mal. Nous lui disons notre nom et lui demandons de le répéter, il ne peut le faire qu'en en lisant mentalement l'image visuelle. Nous essayons de le lui faire dire sans l'usage de cette image, il l'estropie : Raviac ; nous l'invitons à se servir de l'image visuelle, il se corrige alors.

11 *mai.* — Nous lui redemandons de dire notre nom ; il se déclare incapable de le faire, toutefois il en a aussitôt une image auditive et peut nous donner le nombre des syllabes qui le composent, puis l'image visuelle lui apparaît, il en compte les lettres, nous le lui faisons alors prononcer en l'invitant à lire cette image.

18 *mai.* — Il met encore 20" pour prononcer notre nom, il utilise toujours le procédé précédent.

7 *juin.* — D... en nous voyant entend notre nom, puis le voit mais il ne peut le dire qu'après quelques secondes.

27 *juin.* — Il parle maintenant couramment.

17 *juillet.* — Le malade est encore obligé de chercher le nom de ses outils.

20 *aout.* — Les mots reviennent peu à peu, D... évoque l'image d'un outil, cherche après son nom, et ne le retrouve pas toujours le jour même.

Amusie . — Surdité musicale.

Le 12 avril, D... nous déclare spontanément, « *Je savais des chansons plein des sacs ; je ne m'en rappelle pas du tout.* De fait il ne peut arriver à chanter « Au Clair de la Lune », n'en peut fredonner l'air, ne le reconnaît pas. Il ne peut le répéter après l'avoir entendu, et n'a pas plus conservé le souvenir des paroles qu'il ne peut continuer à dire même alors que nous en avons prononcé les premières.

Même incapacité pour la *Marseillaise*, etc.

13 *avril.* — Amusie absolue, D... ne reconnaît rien, ne peut ni siffler, ni chanter, ni fredonner, et il s'en affecte. « Je vois que la voix revient, mais, c'est le reste qui m'ennuie ! »

15 *avril.* — L'amusie est un peu moins absolue ; lorsque

Lorsque D... reparla à voix haute on put noter durant assez longtemps la monotonie de ses propos.

Aphasie motrice.

Les premiers jours, D... présentait du mutisme, cessant la nuit pendant le rêve, puis de l'aphonie étudiée ailleurs, et dès qu'il s'est remis à parler, le 8 avril, on n'a pu constater chez lui qu'une aphasie motrice légère, ne portant que sur quelques mots.

12 *avril.* — D.... parle plus facilement qu'hier, il ne cherche plus ses mots, les mots usuels tout au moins, mais quand il doit employer un mot peu usité il éprouve quelque embarras, c'est ainsi qu'il a cherché cinq minutes après le mot *civilité.* Il nous fait spontanément remarquer qu'il dit plus facilement son prénom que celui de son fils.

Certains mots cependant lui font encore défaut; nous lui montrons la cornette d'une religieuse, une seringue de Pravaz, il a bien une image auditive de ces deux mots et il peut en compter les syllabes, il cherche a avoir sur le mur une représentation visuelle de ces mots, il n'y parvient pas, cherche plusieurs minutes et finalement doit y renoncer.

Quand nous lui faisons voir les aiguilles d'une montre, il cherche 40'' après le mot « aiguille » dont il a cependant la représentation auditive.

13 *avril.* — Le lendemain, même difficulté : nous lui montrons l'aiguille, et lui demandons de nommer l'objet

Il cherche et ne peut. Nous lui demandons s'il sait ce qu c'est : il répond affirmativement.

D. Combien le mot a-t-il de syllabes? — R. Deux.

Il dit très bien entendre le mot comme si on le lui disai mais il n'en a pas la représentation visuelle. Enfin, il trouv dit brusquement : *aiguille.*

Nous lui faisons épeler le mot, il le fait assez facilemen puis sur notre demande il en compte les syllabes.

R. Trois.

D. Comment se fait-il que vous nous disiez tout à l'heu qu'il n'y en avait que deux?

R. C'est que je n'en *entendais* que deux.

15 *avril.* — Il entend siffler la *Marseillaise*; après quelq minutes il en reconnaît l'air, mais ne retrouve pas le nom en a cependant l'image auditive et peut nous en donner nombre de syllabes. Il finit enfin par pouvoir prononce mot *Marseillaise.*

3 *mai.* — On siffle l'air du *roi Dagobert*, il le peut le répéter mentalement, mais de même q répéter l'air, il ne peut nous dire le titre de la le nom dans la tête, nous dit-il.., c'est un

ne le voit pas écrit... Pour la *Marseillaise* égalemant l'air, dit que c'est une chanson patriotique, mais il ne peut dire le mot, bien qu'il en ait l'image auditive; il le cherche ; il en a ensuite une image visuelle quelque, mais il ne peut le lire et il l'épelle lentement, mettant quelque chose entre chaque lettre, qu'il prononce d'une voix [illegible]. Ensuite viennent les deux premières syllabes, puis [illegible]. Il ne [illegible] pas également bien tous les mots, [illegible] C'est [illegible] les [illegible] ne [illegible] pas également bien tous les mots. Il [illegible] de ses outils de charpentier, il [illegible] sait à quoi ils servent, doit réfléchir [illegible] leur nom, mais il ne peut parvenir [illegible] le retrouver sous plus l'image visuelle. [illegible] le syllabes des mots, rien de plus. [illegible] ont parmi ceux qui lui donnent notre nom et lui demandent [illegible] le faire qu'en en lisant [illegible] il l'enseigne de le lui faire dire [illegible] Paradis ; nous l'intuelle. Il se corrige alors. [illegible] de dire notre nom ; il se [illegible] il en a oublié une [illegible] le nombre des syllabes [illegible] qui lui apparaît. Il en [illegible] pour prononcer notre nom, il [illegible] pour prononcer notre nom, puis le voit [illegible] de chercher le [illegible] et de le retrouver

l'on siffle la *Marseillaise*, le malade en reconnait l'air après quelques minutes mais il est incapable de le répéter.

20 *avril*.—Lorsqu'on siffle *Au Clair de la Lune* le malade dit qu'il entend bien siffler mais qu'il ne sait pas du tout ce que c'est.

Siffle-t-on la *Marseillaise*, il dit tout de suite qu'il l'a entendue l'autre jour, et au bout de quelques secondes il retrouve le nom. « C'est la *Marseillaise* ; ce que j'ai entendu plusieurs fois, maintenant je m'en souviens. »

3 *mai*. — Il ne se souvient d'aucune chanson et s'en plaint, mais il reconnaît l'air du « Roi Dagobert » qu'il ne peut répéter. Cependant il déclare pouvoir le répéter mentalement. Il reconnaît aussi la *Marseillaise* il peut en « penser l'air tout entier dans sa tête » mais non le répéter.

7 *mai*. — L'amusie est plus marquée que les jours précédents. On siffle la *Marseillaise* auprès de lui ; « il me semble, dit-il, avoir déjà entendu ça quelque part, mais je ne pourrais pas dire ce que c'est. Comme on siffle ensuite : « *Au clair de la Lune* », il demande si ce n'est pas le même air que celui qu'on vient de siffler, il croit que si. Même réflexion à propos d'un troisième.

18 *mai*. — L'amusie est toujours très marquée.

7 *juin*. — L'amusie diminue, si l'on siffle un air : « Au clair de la Lune » par exemple, au bout de quelques secondes il a eu le souvenir visuel du titre, l'a lu mentalement et au bout d'environ 20 secondes nous l'a dit. Il essaie alors de siffler mais il ne parvient à émettre que des sons à peu près semblables les uns aux autres. Même chose pour la *Marseillaise*, il la reconnaît, peut avoir une image auditive de l'air entier mais ne peut arriver à en répéter les notes. Il parvient cependant péniblement à répéter en sifflant les premières notes de la gamme.

27 *juin*. — L'amusie est un peu moindre et il reconnaît de suite les airs que l'on siffle; toutefois, il est encore incapable de siffler et de chanter.

17 *juillet*. — Il siffle maintenant, arrive même, péniblement du reste, à siffler la gamme, il reconnaît les airs qu'il entend mais il ne peut les répéter.

15 *août*. — Après un très grand nombre d'exercices chaque jour répétés, l'amusie a presque disparu, le malade reconnaît immédiatement les airs les plus variés et il peut les siffler ; mais en vertu de l'amnésie encore existante, il ne se souvient qu'imparfaitement de ses chansons.

Surdité verbale.

13 *avril*. — Tandis que nous lui parlons, D... regarde nos lèvres, afin dit-il de mieux comprendre. Nous lisons le journal à haute voix; des mots qu'il comprenait très bien auparavant ne lui semblent selon son expression qu'un *bourdonnement* : Ex. : *Dispersion, harangue, équivoque.*

Ces mots n'éveillent aucune image, puis après explication, toutes les images correspondantes reparaissent.

Lors de l'exercice de la parole répétée, la difficulté de compréhension rapide des mots se traduit par un retard. Il doit, dit-il, réfléchir un court instant avant de répéter chaque mot pour trouver sa signification. Et cet exercice le fatigue rapidement.

3 *mai.* — D... se plaint de ne pas toujours comprendre ce qu'on lui dit, surtout lorsqu'on parle un peu vite, il répond quelquefois *non* quand il faudrait dire *oui*.

7 *mai.* — « Quand les malades parlent à plusieurs dans le fumoir, il faut que je regarde leur bouche et que je tende l'oreille pour comprendre la moitié de ce qu'ils disent. Quand je ne regarde pas leur bouche je ne comprends presque plus rien; c'est pour ça que je les regarde quelquefois avec un air si hébété. Quand j'écoute une conversation, j'entends comme un bourdonnement dans mon oreille gauche, je ne saisis un mot que de temps en temps et s'ils disent une bêtise, je ris de les voir rire et je n'ai pas compris.

«L'autre jour, on me disait un mot fort simple, et je le répétais n'arrivant pas à comprendre ce qu'il voulait dire. Quelqu'un au fumoir me parlait de *céder* et je ne me suis souvenu de la signification de ce mot que lorsque j'ai entendu parler de *vendre*. »

8 *mai.* — Nous lui parlons de *prestige*, il répète le mot, ne le comprend pas; il se met alors à faire des mouvements de son bras gauche: « Je l'écris dit-il, pour tâcher de m'en rappeler la signification » et il emploie par deux fois le même procédé (Notons ici que, consécutivement à sa monoplègie brachiale droite, D... avait dû apprendre à écrire de la main gauche). Comme nous lui demandons alors d'écrire le mot de la main droite, il ne peut plus le prononcer, mais en ayant conservé l'image visuelle il la déchiffre et retrouve le mot dont il ne parvient pas à se souvenir de la signification.

Nous la lui indiquons, et il est alors facile de constater qu'il l'avait oubliée, ouvrier assez intelligent il nous montra qu'il savait ce qu'était le prestige.

18 *mai.* — D... déclare qu'il comprend mieux ce qu'on lui dit, mais il doit encore faire répéter des mots, et il ne les comprend pas tous.

27 *juin.* — Il comprend maintenant couramment.

Cécité littérale. — Cécité verbale.

9 *avril.* — Nous écrivons lisiblement :

Vous ne savez plus écrire? — Il met plus d'une minute à lire cette question.

Ecris ton nom. — Après une minute ½ d'efforts, il lit :

Crire crire..tu..tu mon.— Nous lui montrons imprimés les mots *équilibre, surveillance.* Il met une minute pour épeler en scandant chacun de ces mots. Nous lui montrons le chiffre

2. il le dit aussitôt; puis le chiffre 14, un, quatre, puis après une demi-minute de réflexion : quatorze. Il n'est arrivé à ce résultat qu'en comptant jusque 14 sur ses doigts. — Il lit facilement l'heure.

11 *avril.* — La lecture est toujours difficile, le mot manuscrit *maison* est lu en 10"; la lettre *l* est toujours pour lui un obstacle difficilement surmonté et il met 30" pour la trouver dans le mot manuscrit *civil.* La lecture de cette phrase imprimée :

« *Un ami nous fait cette intéressante communication* » demande 1 minute ½.

Il met 65" pour déchiffrer le mot *ancien* dans un journal. Il met près d'une minute pour lire la lettre *t*, lit très vite *a*, moins vite *s* (10"), *é* (20"). Il met 45" à chercher dans le journal la lettre *a*.

Le nombre manuscrit 3.450 est lu en 10" le nombre imprimé 4.913 est lu en 30". Il doit pour y parvenir lire d'abord chiffre par chiffre.

12 *avril.* — Il se plaint de lire moins bien qu'hier, il reconnaît les lettres, les épelle,et ne peut arriver à lire le mot. Il a mis *dix minutes* ce matin pour lire le mot imprimé *citoyenne.* Il prend le mot imprimé *congrès*, épelle les lettres, au bout de trois minutes, déchiffre la première syllabe, puis une minute après le mot entier.

13 *avril.* — La difficulté est toujours très grande. La phrase manuscrite : *Vous pouvez fumer une cigarette*, nécessite 65" d'efforts, il a lu lettre par lettre, puis a cherché les syllabes. Il a compris le sens de la phrase. Pour lire la phrase imprimée : *La session ordinaire des conseils généraux*, il met 70".

Il lui faut 45 secondes pour lire le mot imprimé *oiseaux*, ce temps se décompose de la façon suivante :

o (4") i (4") s (7") e (5") a (5") u (10") x (10").

7 *mai.* — La lecture est toujours des plus pénible, nous cherchons à voir si le malade lit plus rapidement son nom que d'autres et pour cela nous le plaçons en trois endroits d'une liste que nous lui faisons lire. Or, tandis qu'il ne met que 10", 10" puis 6" enfin pour lire son nom il met de 30 à 45" pour déchiffrer les autres.

17 *Juillet.* — Le malade s'est beaucoup exercé, aussi est-il fier des progrès qu'il a faits. Il devait au début lire lettre par lettre, puis syllabe par syllabe, depuis huit jours, il lit à peu près couramment.

Cécité psychique.

Dès le premier jour, D... présentait une cécité psychique très accusée, ne reconnaissait ni l'hôpital, ni les médecins, ni les sœurs, et on a pu voir au cours de l'observation que ce n'est que peu à peu que ces troubles allèrent en diminuant.

12 *avril.* — Il peut arriver à se représenter la gare, l'hôtel de ville d'Armentières, mais ne revoit pas telle ou telle rue, il se représente la maison du docteur X., mais ne peut se souvenir de la physionomie de ce dernier. Il a écrit à sa sœur aujourd'hui, mais il ne se souvient plus de ses traits.

13 *avril.* — « J'ai le cœur tout triste aujourd'hui, nous dit-il, je ne sais pas pourquoi, cette mémoire qui ne revient pas; tout à l'heure est venu un ouvrier avec qui je travaillais, je ne l'ai pas reconnu, et je suis encore à me demander qui c'est, son nom ne m'a rien dit. »

20 *avril.* — « J'ai hâte, nous dit-il, que ma sœur vienne, pour voir si je la reconnaîtrai. »

29 *avril.* — En causant aujourd'hui de ses frères et sœurs avec un de ses amis, il constata tout à coup qu'il pouvait mentalement en évoquer l'image sans qu'il ait pour cela aucun effort à faire.

7 *mai.* — Il se souvient maintenant de la figure de certaines personnes, de celle du médecin qui le soignait en ville, après laquelle il « cherchait » depuis un mois. Par contre, il n'a pas encore pu se souvenir de l'usage que l'on fait de tel ou tel outil de menuisier dont il a la représentation visuelle et auditive.

8 *mai.* — D... venant nous voir aujourd'hui s'est perdu en route, alors qu'il connaît particulièrement bien la ville, il a dû demander son chemin!

18 *mai.* — Il ne se représente pas encore la vilie, n'en revoit pas les différentes rues.

20 *septembre.* — Il peut à présent évoquer l'image de ses parents. Toutefois il présente encore un peu de cécité psychique, et il doit parfois demander leur nom à des personnes qu'il connaît cependant très bien.

Agraphie.

9 *avril.* — C'est en vain que nous demandons au malade d'écrire son nom. Il y renonce. « Je ne sais pas comment commencer, ça ne revient pas, il n'y a pas d'avance, dans trois ou quatre jours je ne dis pas, je tremble trop. Notons cependant que le tremblement lent, à oscillations très petites qu'il présente est insuffisant pour l'empêcher d'écrire. D... finit par écrire quelques chiffres sous notre dictée, après beaucoup d'efforts.

11 *avril.* — Depuis avant hier D... a fait de nombreux efforts pour parvenir à écrire; nous lui demandons alors d'écrire quelque chose; très lentement, avec des arrêts, il écrit son nom et Armentières. Après *Armentiè*, il arrête quelques secondes pour réfléchir, « je ne savais plus comment finir, pourtant je l'ai fait ce matin cinquante fois! «. Il écrit ensuite spontanément : *Recevez je vous prie mes sincères salutations.* Il a mis sept minutes pour écrire cette courte phrase, avec des arrêts fréquents, après *sa*, il arrête plusieurs

secondes il savait bien nous dit-il, qu'il devait écrire la lettre mais il ne se souvenait plus de sa forme. Il écrit sous notre dictée :

Nous sommes aujourd'hui lundi.

chaque lettre étant épelée, il a mis 8 minutes pour le faire; l'*l* de lundi lui a demandé beaucoup de recherches, on vient de voir que même difficulté se présenta pour l'*l* de salutations, au reste en relisant ce mot il n'en reconnaissait pas l'*l*, et ce n'est qu'en épelant le mot qu'il la retrouva.

Nous le prions ensuite de recopier la phrase que nous venons de lui dicter, il le fait en une minute ½.

La copie de la phrase imprimée : *Un ami nous fait cette très intéressante communication*, est effectuée en 8 minutes, le malade a surtout beaucoup de peine à retrouver la manière d'écrire la lettre f.

12 *avril.* — D... met plus d'une minute pour écrire le mot *civilité*, il ne savait plus comment faire un *c*.

13 *avril.* — Il met 40 " pour écrire le mot *dispersion*, il l'épelle cependant très bien, et la difficulté consiste simplement pour lui à retrouver les mouvements nécessaires pour former les lettres. 70 " lui sont nécessaires pour écrire sous dictée, de la main gauche — à l'aide de laquelle il avait l'habitude d'écrire — ces quatre mots : *je sais bien écrire.*

7 *mai.* — Le malade écrit un peu plus facilement, cependant il met encore 20 " pour écrire son nom,et 1 minute pour écrire le nom d'une autre personne, *Dubar* par exemple, il doit alors s'arrêter après le *b* « il ne savait plus former l'a et l'r qu'il voyait pourtant devant lui. « Pour mon nom, dit-il, je l'ai écrit tout de suite, pour écrire Dubar j'ai cherché à le voir quelque part inscrit pour trouver la première lettre, je l'ai vu devant les yeux j'ai écrit *Du* puis j'ai dû fixer pour voir le *b* et regarder les dernières lettres.

Pour son nom au contraire, il nous fait remarquer qu'il l'a « écrit tout de suite « c'est à dire sans chercher à avoir une représentation visuelle du mot.

17 *juillet.* — Les progrès sont lents, il met encore une minute et demie pour écrire spontanément : *Je voudrais être content un jour*, il est toujours obligé de fixer devant lui afin d'avoir la représentation visuelle des mots.

20 *septembre.* — D... écrit presque couramment à présent.

Langage intérieur.

Chez D... comme c'est du reste la règle, les images auditives apparaissent au premier plan.

20 *avril.* — Toutes les fois que je cherche quelque chose, dit-il, c'est d'abord un son que j'entends mais il n'en est pas toujours ainsi.

7 *mai.* — Pensant à un outil : « je le vois devant les yeux, dit-il, je sais à quoi il sert, après quelques instants, j'entends

le nom de l'outil, il est composé de deux syllabes, mais je ne puis le prononcer ni le voir écrit.

Nous lui demandons de penser à quelque chose. Il pense à une *civière*. Tout d'abord il l'a vue, ensuite il en a entendu le mot sans qu'il puisse le prononcer sans qu'il puisse non plus en avoir l'image visuelle et contrairement à ce qu'il fait pour certains mots qu'il parvient à prononcer en déchiffrant leur image visuelle, ici c'est en utilisant exclusivement l'image auditive qu'il a pu le faire.

D'autres fois, c'est l'image auditive qui fait défaut alors que l'image visuelle peut être évoquée.

Parfois enfin s'il pense à un objet il en a la représentation visuelle et ne trouve pas l'image visuelle du mot ou inversement.

Etat mental.

13 *avril*.— Dès le moment où D... recommença à parler, son unique préoccupation fut de se demander ce qu'il allait devenir. Ecoutons-le : « Je pense toujours à mon travail, si les patrons voudront encore de moi, ça me casse la tête de savoir qu'on dit en ville que je suis fou; mes enfants sont là, je dois encore gagner du pain pour eux. Chaque fois que j'essaie de lire le journal, j'ai du chagrin, l'idée de ne plus savoir lire, l'idée de n'avoir plus de mémoire, je ne saurai plus travailler, on me mettra à la porte! » La nuit il ne dort pas. Il n'existe chez lui aucune idée délirante, pas d'hallucinations, pas d'illusions.

7 *mai*. — D... est toujours très affecté de son état : « il y a des moments, je suis comme saisi, j'ai l'estomac serré comme si j'avais commis un crime, on dirait qu'il va m'arriver toutes sortes de maux, je ne suis bien nulle part, il faut que je sois avec quelqu'un, qu'on me parle, ou bien je me demande ce que je vais devenir, je me dis : que je suis simple, puisque le docteur m'a dit que ça allait se passer, mais je n'ai pas fait cent mètres que ça recommence, je me vois jeter la pierre par tout le monde, pour le travail, pour tout, et alors j'ai beaucoup de mal dans la tête.

Quand je ne regarde pas les lèvres des malades qui parlent dans le fumoir, je ne comprends presque plus rien, aussi quand deux personnes parlent entre elles à côté de moi, je crois toujours qu'on dit du mal; je me dis bien que ça n'est pas vrai, mais il n'y a pas d'avance, j'ai toujours cette idée-là.

8 *mai*. — D... nous dit qu'il devient de plus en plus défiant. Il est triste, verse des larmes, soupire : « je voudrais savoir la maladie que j'ai, je me dis que je suis abandonné, que je ne vais jamais guérir. »

18 *mai*. — L'amnésie diminuant, D... reprend courage, il s'occupe régulièrement à l'hôpital.

15 *juillet*. — Toute dépression a disparu.

1e *octobre* 1906. — Actuellement D... est complètement guéri, mais il présente toujours les troubles du caractère si

fréquents chez les hystériques, peu attentif, sans grande volonté il se laisse facilement entraîner par ses camarades.

Sensibilité.

Troubles objectifs.

Durant toute la durée de son séjour à l'hôpital, D... présenta parfois avec de grandes variations des troubles multiples de la sensibilité. C'est ainsi que le 4 juin, il y avait hémianesthésie totale du côté gauche à ligne de démarcation à peu près rigoureusement médiane. La différence entre les deux côtés étant surtout très accusée pour les sensations thermiques et douloureuses; les piqûres étant perçues à gauche comme de simples frottements, tandis que quinze jours auparavant les zones d'anesthésie étaient irrégulièrement distribuées, le froid par exemple était mieux senti au membre inférieur gauche en avant et au membre inférieur droit en arrière.

La sensibilité musculaire paraissait également altérée, aussi D... ne percevait-il pas des différences de poids très accusées. Du côté de la main droite, si à une pièce de 5 centimes placée dans la main, on ajoute une pièce de 5 francs en argent, il ne saisit guère de différence, alors qu'à gauche la même expérience donne des résultats normaux. Dans la main droite, ces deux pièces successivement placées ne paraissent pas de diamètre différent au malade, mais il reconnaît que ce sont des pièces de monnaie.

D... trouve même que la pièce de 5 centimes pèse plus lourd que celle de 5 francs en argent; pour moi dit-il ça doit être la pièce de 5 francs qui est la plus lourde, c'est pourtant l'autre qui me paraît peser le plus! Rien de pareil à gauche. Nous devons remarquer que ce jour-là, l'anesthésie cutanée était plus marquée à droite.

Troubles subjectifs.

7 *août.* — Dès notre premier examen, D... nous fait comprendre — il présentait alors du mutisme — qu'il a mal à la tête, et il désigne avec la main la région répondant au pied des circonvolutions frontales gauches.

3 *mai.* — La céphalée est toujours la même, localisée à

gauche, elle était plus marquée la veille car il était sorti le jour précédent et s'était en rentrant querellé avec un autre malade.

18 *mai.* — Même céphalée, gênante toujours localisée. Les efforts intellectuels nécessités par les exercices que nous lui proposons et par ceux auxquels il se livre durant la journée : lecture, écriture, par exemple, augmentent la douleur, cela, dit-il, lui bouleverse la tête.

7 *juin.*—D... se plaint toujours de la tête, il souffre dès le réveil jusqu'au coucher. La céphalée est toujours localisée à gauche, elle s'accroît lorsqu'il est inactif, ou réfléchit, aussi il demande à s'occuper.

17 *juillet.*— La céphalée persiste avec les mêmes caractères. « On dirait que j'ai reçu un coup de marteau sur la tête et que je conserve le mal ».

A noter que la région superficielle correspondante est moins sensible que celle du côté opposé.

20 *septembre.* — Depuis quelques jours, la céphalée a disparu.

5 *octobre.* — Elle réapparut passagèrement cette nuit tandis qu'à la suite d'une émotion les derniers souvenirs réapparaissaient.

Signalons pour terminer l'absence de troubles du côté de la *sphère génitale.* D... ne présentait aucune excitation génésique, il nous déclara du reste qu'il avait toujours été plutôt frigide.

Troubles sensoriels.

Goût. — La sensibilité au tact et à la douleur est diminuée à gauche, normale à droite au niveau de la langue et de la face interne des joues. La perception des sensations gustatives parait retardée à gauche.

Odorat. — La face interne des narines est plus sensible à droite qu'à gauche. Les sensations olfactives sont tantôt mieux percues à droite qu'à gauche, d'autres fois, c'est le contraire ; ainsi le 27 juin, les odeurs sont mieux perçues du côté gauche

Ouïe. -- La paroi interne du conduit auditif externe est plus sensible à gauche qu'à droite. Les deux pavillons ayant une sensibilité à peu près égale, le droit étant cependant parfois plus sensible.

L'exploration de la sensibilité tympanique montre qu'à gauche il est possible de toucher le tympan avec un crin de Florence sans déterminer de sensation désagréable, tandis qu'à droite cet attouchement est douloureux.

A gauche, l'acuité auditive paraît généralement bonne, le tic-tac d'une montre est entendu à des distances variant selon le moment de l'examen; un jour il n'est plus entendu à 15 centimètres, un autre il est perçu jusqu'à 25 centimètres.

Lorsqu'il est plus troublé, le malade accuse une diminution d'acuité plus grande encore et à 3 centimètres il n'entend plus le tic-tac. ce qui d'ailleurs ne l'empêche pas d'entendre ce qu'on lui dit.

A droite, la montre doit être appliquée contre le pavillon pour que son tic-tac soit perçu, d'autres fois il est entendu encore à 10 centimètres.

Fig. 14. — Hémispasme facial à gauche.

A l'épreuve de Rinne, nous constatons qu'à gauche le Rinne est positif, tandis qu'à droite il est négatif. Dans l'épreuve de Weber, le bruit du diapason est plus nettement perçu à gauche, alors que d'après l'épreuve précédente, c'est le contraire qui devrait être constaté. Le tympan est d'apparence normale tant d'un côté que de l'autre.

Rappelons ici que le malade nous fit signe le jour du

premier examen qu'il présentait des phénomènes vertigineux, et se sentait entraîné en avant. Il existe quelques troubles subjectifs. On dirait, dit-il, que j'entends par moments une machine qui passe à grande vitesse.

Vue. — Nous avons signalé ailleurs le blépharospasme gauche présenté par le malade.

On ne constatait pas d'autres troubles de la musculature oculaire. Cependant les examens prolongés amènent lorsque les globes oculaires sont portés dans les points extrêmes des secousses nystagmiformes.

Le reflexe à la lumière est conservé. L'accommodation est gênée, et lorsque le malade fixant au loin est prié de regarder un point rapproché, il a quelque peine à le faire.

Le sujet est hypermétrope.

La cornée est à droite et à gauche plus sensible en bas qu'en haut.

La conjonctive bulbaire est peu sensible à gauche, elle l'est un peu plus à droite, de même que la conjonctive palpébrale. Le reflexe cornéen est aboli pour la partie supérieure, conservé pour la partie inférieure.

L'acuité visuelle est bonne, mais le malade se fatigue extrêmement vite, surtout à gauche.

Le champ visuel tant à droite qu'à gauche, est rétréci concentriquement, surtout pour le blanc, le jaune et le vert pour lesquels il ne dépasse pas dix degrés; pour le rouge il atteint 37° du côté externe, 30 du côté interne, 20 en haut, 30 en bas. Nous devons du reste constater que les résultats de l'examen campimétrique, variaient au fur et à mesure que l'examen se prolongeait, le malade se fatigant extrêmement vite.

Il existe de la dyschromatopsie, le vert est vu normalement à gauche, il paraît gris à droite; le jaune paraît plus pâle à droite, le rouge également, cette dernière couleur semble au malade mélangée de noir.

Pas de polyopie monoculaire. Pas de scotome central.

Le fond de l'œil est normal.

TROUBLES MOTEURS.

On a trouvé au début de cette observation l'histoire de la *paralysie flasque du bras droit* qui dura près de dix ans. Lors de son arrivée à l'Hôpital, D.. pouvait mouvoir ce membre, mais il ne pouvait le lever au-dessus de l'horizontale; quand il tentait de le faire, il éprouvait une douleur au niveau de l'articulation gléno-humérale dont les mouvements paraissaient limités. Tous les autres mouvements de l'avant-bras sur le bras et de la main s'effectuaient librement, la force était peu diminuée de ce côté.

On ne constatait aucun autre phénomène parétique.

Par contre il existait un *hémispasme facial gauche* que la photographie reproduite ici permet de constater.

Le muscle frontal gauche se contractait parfois spas-

FIG. 15.— Atrophie du bras droit, secondaire à une paralysie flasque hystérique, guérie subitement après une durée de huit ans. Photographie prise trois mois après le retour des mouvements.

modiquement et le sourcil gauche était alors plus élevé que le droit, mais normalement il était abaissé secondairement au spasme de l'orbiculaire des paupières. On peut voir sur la photographie que la fente palpébrale gauche, est notablement plus petite que la droite; à remarquer aussi les plis verticaux du front.

Les muscles de la joue gauche étaient également dans un état spasmodique plus accusé encore lorsque le malade parlait ou souriait. Le pli naso-génien était plus marqué de ce côté.

Il n'existait pas de spasme de la langue.

Du côté du *larynx*. l'examen pratiqué le 21 avril, alors que le sujet présentait une aphonie très marquée, permit de constater l'intégrité des fonctions des cordes vocales et des mouvements des arytenoïdes.

Reflexes. — Tous les reflexes tendineux et cutanés étaient normaux, le reflexe pharyngé également.

TROUBLES TROPHIQUES

Bien que le retour de la sensibilité et du mouvement dans le bras droit remontât à près de trois mois, l'atrophie du membre était encore bien marquée au mois d'avril 1904, et elle se voit fort bien sur la photographie prise à cette époque et reproduite ici.

Voici quelques mensurations effectuées en des points symétriques des bras droit et gauche :

Circonférence partie moyenne du bras 21 centimètres à droite, 25 centimètres à gauche.

Circonférence au niveau de l'olécrâne 22 centimètres à droite, 23 centimètres à gauche.

Circonférence de la partie supérieure de l'avant-bras 21 c. à droite, 23 centimètres à gauche.

Circonférence de la partie inférieure de l'avant-bras 15 centimètres à droite, 16 centimètres à gauche.

Circonférence au niveau de la paume de la main 18 centimètres à droite, 19 c. 5 à gauche.

Circonférence de l'index à sa racine 6 centimètres à droite, 6 c. 5 à gauche.

Circonférence du pouce à sa partie moyenne 6 centimètres à droite, 6 c. 5 à gauche.

RÉSUMÉ.

Un homme de 39 ans, menuisier, ne présentant pas d'autres antécédents héréditaires que l'alcoolisme et le nervosisme paternel, n'ayant jamais présenté de symptômes hystériques manifestes, subit en janvier 1896 un léger traumatisme de l'épaule droite à la suite duquel une

paralysie flasque du bras droit s'installa progressivement, accompagnée d'anesthésie absolue du membre.

Jusqu'au mois de décembre 1903, c'est à dire durant huit ans, l'état du bras reste stationnaire, lorsqu'une nuit, à la suite d'un rêve, le sujet s'éveille et constate que son bras peut se mouvoir et qu'il est redevenu sensible.

Quelques mois après, à la suite de chagrins, de la perte de sa place, peut-être aussi consécutivement à quelques excès alcooliques, le malade présente des troubles mentaux passagers, que nous croyons être de l'onirisme hallucinatoire. Ces troubles ne durent que quatre jours; il présente ensuite un mutisme absolu, cessant la nuit pendant le rêve; deux jours après le sujet, peut parler, mais il est aphone et amnésique. Amnésie très marquée, rétro-antérograde, accompagnée d'aphasie motrice légère, d'amusie et de surdité musicale complètes, de surdité verbale légère, de cécité verbale et de cécité psychique très accentuées, d'agraphie. Céphalée localisée au niveau de la région temporo pariétale gauche.

Non délirant, il présente simplement un état de dépression mélancolique en rapport avec le chagrin que lui cause son amnésie et avec la crainte de ne plus pouvoir travailler.

Les signes physiques constatés sont un hémispasme facial gauche, une atrophie du bras droit — des adhérences fibro-tendineuses limitant les mouvements des doigts de la main droite avaient été antérieurement brisées par nous —, et des troubles sensitivo-sensoriels multiples, variant fréquemment, se groupant parfois sous la forme d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Rien à l'examen laryngoscopique.

L'amnésie, l'aphonie, et l'aphasie présentées par le malade disparurent progressivement sous l'influence de la suggestion à l'état de veille et de l'isolement. Sept mois après le début des accidents, ceux des souvenirs qui étaient restés encore absents réapparaissaient à la suite d'une émotion, l'aphonie cessait en même temps. L'aphasie motrice peu marquée du reste, avait disparu depuis un mois; l'amnésie également. La surdité verbale n'avait duré que 3 mois, la cécité verbale 4. Après 7 mois il existait encore un peu de cécité psy-

chique et d'agraphie. Un an après le début, le malade pouvait être considéré comme guéri complètement. Il travaille à présent de son métier de menuisier.

Il n'est point besoin de s'attarder ici à discuter un diagnostic qui s'impose. La monoplégie brachiale si caractéristique, sa guérison subite à la suite d'un rêve, avaient classé le malade parmi les hystériques.

Le mutisme cessant pendant le rêve, l'aphonie cœxistant avec l'intégrité de l'appareil vocal, l'amnésie retro-antérograde, l'aphasie irrégulière, survenus après des troubles mentaux que nous considérons comme des équivalents de l'attaque, les troubles si variés et si mobiles de la sensibilité, tous les symptômes enfin, constatés chez D... étaient des manifestations de l'hystérie.

Notre intention n'est pas d'insister sur les diverses particularités de cette observation; nous ne voudrions cependant pas manquer de faire ressortir le rapprochement que l'on peut faire entre la monoplégie droite, les phénomènes aphasiques et la céphalée localisée de façon persistante au niveau de l'hémisphère gauche. Ce n'est du reste pas là un fait isolé, Raymond et Janet ont déjà insisté sur ce point. Peut-être existait-il chez D... au niveau de l'écorce cérébrale gauche l'épine organique qui, selon l'expression de Dupré, provoque l'apparition et détermine le siège des accidents hystériques.

Le nombre, la variété des phénomènes observés, nous ont invité à publier cette observation qui montre bien que l'hystérie peut réaliser les troubles les plus divers de la fonction du langage.

Petite correspondance.—*Asile d'aliénés de Dury-les-Amiens*; *demande de surveillante* :

Mon cher maître, j'ai à pourvoir au remplacement de ma surveillante en chef, pour le 1er janvier prochain, si vous aviez une bonne infirmière, sérieuse, connaissant bien le service des asiles, voulez-vous me rendre un grand service en me l'adressant. — *Conditions*: Début 1000 fr.; augmentation de classe jusqu'à 1600 fr. Nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Caisse de retraite départementale. Merci d'avance. Votre bien dévoué,

Dr CHARON.

PATHOLOGIE INTERNE

La tuberculose dans les asiles d'aliénés (*Suite*);

PAR MM.

Dr MARIE — Médecin en chef

Dr J. ROLLET — Interne

à l'asile de Villejuif.

REMÈDES ET PROPHYLAXIE

1° Sélection. — ***Diagnostic précoce par les moyens de clinique et de laboratoire. — Echanges respiratoires. — Recherche du bacille. — Epreuve de la tuberculine. — Sérodiagnostic de Arloing et Courmont.***

2° Isolement. — ***Désinfection et hygiène. — Circulaire ministérielle du 15 juin 1901. — Les mesures dans les asiles actuels. — Création de sanatoria; — tentatives en France et exécution à l'étranger.—L'assistance familiale.***

Isoler les aliénés tuberculeux, employer toutes les ressources de l'art et de la nature à leur guérison, préserver de la contagion les sujets indemnes, telles sont les mesures actuellement à l'étude dans la plupart des congrès spéciaux et des commissions officielles, et qui reçoivent en France et à l'étranger un commencement d'exécution.

Depuis quelques années s'étend aux asiles le grand mouvement international de la lutte antituberculeuse, à la tête duquel nous voyons chez nous les Prof. Grancher et Landouzy, auquel s'étaient consacrés Strauss et Brouardel et que mènent Koch et Behring en Allemagne, Maragliano en Italie.

1° *Les moyens de sélection*

On comprend tout d'abord la nécessité d'une sélection préalable concernant les aliénés tuberculeux avant l'entrée ; l'examen somatique au point de vue de la tuberculose doit être aussi rigoureux chez eux qu'il l'est

pour l'admission au service militaire et à la plupart des services publics chez les sujets normaux.

Mais, alors que chez ces derniers la recherche d'une phtisie latente ou au début est parfois extrêmement délicate, cette difficulté s'augmente, chez les aliénés, de la superposition des deux états physique et psychique et de leur retentissement l'un sur l'autre. Rappelons la question difficile, que nous avons esquissée, des psychoses prétuberculeuses.

Il est inutile de discuter les signes physiques des cas avancés et le traitement médical qu'ils réclament ; notre tâche est de passer en revue les moyens de diagnostic précoce à l'admission dont peut disposer l'aliéniste, moyens cliniques qui s'augmentent chaque jour de nouvelles méthodes de laboratoire.

Température. — C'est d'abord la température qui, normale chez les tuberculeux sains d'esprit pendant un laps de temps prolongé, est élevée au moins au moment de l'admission chez les déments vrais en particulier, soit que la décision prise à leur égard ait été causée par un acte insensé tendant à allumer la fièvre, soit que l'excitation mentale due au changement de milieu produise le même effet.

Il est donc utile de faire prendre pendant la première semaine la température des malades entrants le, matin et le soir vers six heures, et de les soumettre à une surveillance spéciale en cas de résultat positif. Cette méthode est appliquée dans notre service à l'Asile de Villejuif.

Poids. — Nous faisons également pratiquer la pesée systématique des malades et nous tenons pour suspects les cas de diminution de poids se maintenant pendant les premiers mois de l'internement, surtout s'ils s'accompagnent de dépression et d'anorexie ; on élimine facilement les cas d'excitation et de paralysie générale.

Les signes basés sur les antécédents du sujet, son facies et son habitus extérieur, l'examen séméiotique du poumon avec les modifications du rythme, du timbre et de l'intensité respiratoire, pratiqué selon la méthode infiniment délicate du Prof. Grancher, sont les meilleurs

moyens de diagnostic précoce. Toutefois en l'absence de signes généraux marqués, faute de renseignements fournis par l'examen physique au doigt qui percute et à l'oreille qui ausculte, on a fait appel à des moyens d'investigation accessoires, empruntés moins à la clinique qu'au laboratoire, et que nous trouvons résumés par Achard (*Congrès international de la tuberculose de* 1905) de la façon suivante :

1° Signes de probabilité ; ce sont : l'instabilité thermique et le cytodiagnostic, l'épreuve leucocytaire par le vésicatoire, l'albuminurie prétuberculeuse, l'étude du tracé respiratoire, du chimisme respiratoire (dont la valeur est contestée), la diazoréaction d'Ehrlich qui ne donne de résultats que dans les formes aiguës ou avancées, enfin la radiographie qui n'est qu'un moyen tardif.

2° Il considère comme signes de certitude l'existence du bacille, la réaction à la tuberculine et la séroagglutination.

Si ces moyens de diagnostic ne valent pas les anciennes méthodes d'investigation, il convient toutefois d'insister sur ceux qui ont le plus de valeur.

Les échanges respiratoires. — Au même Congrès de 1905, le Prof. Robin a signalé l'importance, au point de vue du diagnostic précoce de la phtisie, de l'examen spirométrique et des altérations du rythme respiratoire comparé au rythme circulatoire ; cette rupture des concordances fonctionnelles pulmonaire et cardiaque, qui serait un signe prémonitoire caractéristique d'état de moindre résistance, a précisément été signalé depuis quelque temps par les aliénistes chez les délirants déprimés qui sont des candidats indiqués pour la tuberculose.

D'après Robin et Binet, les échanges respiratoires sont augmentés chez les phtisiques à toutes les périodes de la maladie; cette aptitude à fixer trop d'oxygène et à fabriquer trop d'acide carbonique, jointe à l'existence d'une déminéralisation excessive, est commune aux états de déchéance qui précèdent la tuberculisation pulmonaire.

C'est donc en s'arthritisant, c'est-à-dire en ralentis-

sant leur nutrition que les tuberculeux au début peuvent lutter contre le bacille de Koch.

Nous devons toutefois, sur ce thème, observer la plus grande réserve, car la savante théorie du Prof. Robin est encore discutée; d'après le Dr Charrin les combustions intra-organiques, mesurées par les échanges respiratoires, conservent leur valeur normale aussi bien au début que dans l'état de tuberculose confirmée, et la nature de ces combustions ne peut en aucun cas servir au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Mais ce sont là des investigations délicates et difficiles à mettre en pratique courante ; le laboratoire et le microscope fournissent d'autres moyens d'enquête.

Recherche du bacille. — La recherche du bacille de Koch dans les expectorations est classique ; elle a l'inconvénient d'être tardive. Mais en décrivant les travaux d'Anglade sur la propagation de la tuberculose par les selles bacillifères, nous avons mis en valeur cette étiologie assez spéciale aux aliénés ; aussi l'examen bactériologique des selles est-il un moyen de recherche dont il est utile de connaître la technique et qu'on voudrait voir entrer davantage dans la clinique.

Après dessiccation à l'air et fixation, par le chloroforme, d'une parcelle de liquide diarrhéique, il traite la préparation par la méthode de double coloration (liquide de Ziehl, décoloration par l'alcool chlorhydrique, bleu de méthylène, etc.)

Pourtant ce procédé de diagnostic, qu'Anglade considère comme aisé, semble présenter des difficultés, de l'avis de Dieulafoy, qui considère sa réussite comme un fait exceptionnel (1), et de Le Gendre pour qui « la présence du bacille de Koch dans les selles des tuberculeux n'est pas toujours facile à mettre en évidence (2) ».

La technique de cette recherche a du moins le mérite de déceler la nature tuberculeuse d'une entérite primitive chez des sujets sains au point de vue pulmonaire.

Par un procédé indirect, Anglade obtient des résultats positifs en inoculant à des cobayes un demi-centimètre cube d'eau mise au contact avec des selles bacillifères

(1) Dieulafoy. — Path. int., t. III, p. 368.
(2) Bouchard et Roger. — Path. gén., t. IV, p. 692.

fraîches, ou d'eau souillée par des poussières fécales infectées, desséchées sur des linges depuis trois semaines.

Le Dr de Nabias a présenté au Congrès de 1905 une autre technique qu'il donne comme plus rapide et plus certaine que le procédé par frottis direct.

Après avoir délayé les matières suspectes avec de l'alcool étendu, on reprend la masse par l'éther qui surnage et on voit un mouvement ascensionnel de l'alcool qui entraîne les particules les plus légères, parmi lesquelles les microbes ; à la surface se forme un voile dont on fait un frottis, qu'on fixe et qu'on traite par le Ziehl.

Mais la recherche du bacille de Koch dans les selles n'est pas un moyen de diagnostic précoce et n'est facile que s'il pullule dans l'intestin, c'est-à-dire à une époque où les lésions sont avancées et où le malade est depuis longtemps un foyer d'infection et un point de départ de dissémination microbienne.

Parmi les nombreux moyens proposés au Congrès de la tuberculose de 1905 pour dépister le plus tôt possible une bacillose latente, nous en retenons un basé sur de sérieuses expériences et qui a la mérite d'une extrême simplicité (1) :

Alors que les urines d'un individu sain, recueillies et conservées aseptiquement, ne gardent leur acidité que pendant un laps de trois à sept jours, celles des tuberculeux restent acides pendant une quinzaine de jours pour une tuberculose au premier degré, et la réaction paraît se conserver d'autant plus longtemps que les lésions sont plus avancées.

On élabore à l'heure actuelle diverses tuberculines dans un but thérapeutique qui reste à atteindre ; mais la réaction thermique qui suit leur administration a fourni un moyen de diagnostic précoce qu'on emploie avec succès, semble-t-il, surtout à l'étranger.

Pour le Dr Eric France, de l'Asile de Northumberland, les injections de tuberculine de Koch constituent un moyen de recherche précieux et inoffensif ; il a rendu compte de sa façon de procéder (2).

(1) Malméjac. — Comm. au Congrès de la tuberculose, 1905.
(2) *Journal of ment. science*, octobre 1897.

Les malades qu'un amaigrissement graduel a rendus suspects reçoivent sous la peau un centimètre cube d'une solution à 1 /100 de tuberculine de Koch ; la température, notée avant l'injection, est prise toutes les trois heures ; si, dans les douze heures qui suivent, l'élévation thermique dépasse 2 degrés, le diagnostic est acquis.

La statistique porte sur 40 malades ; 18 non suspects servaient de contrôle et n'ont pas réagi ; sur 22 malades suspects injectés, 7 n'ont pas réagi et n'ont présenté par la suite aucun signe d'évolution bacillaire. Sur les 15 cas qui ont eu l'élévation thermique attendue, il y avait 5 tuberculoses pulmonaires reconnues cliniquement, quatre tuberculoses locales (tumeurs ganglionnaires) et six cas simplement douteux et qui ont évolué vers la tuberculose confirmée.

Aux Etats-Unis, le Dr Neff (1) emploie la tuberculine de Koch en solution au millième dont il injecte deux milligrammes et note l'élévation de température dans un délai de 8 à 15 heures après l'injection ; il la considère comme un bon moyen de révéler l'infection chez les aliénés qui se prêtent malaisément à l'auscultation, bien que l'absence de réaction ne permette pas d'affirmer un terrain indemne de tout germe bacillaire.

En Italie, à l'Asile de Quarto-al-Mare, le Dr Luigi Scabia fait également le diagnostic préalable des aliénés à isoler par la tuberculine (2).

Il ne semble pas qu'en France l'emploi de cette réaction donne la même satisfaction qu'à l'étranger et nous ne connaissons pas d'établissement où elle soit entrée dans la pratique courante du diagnostic. On a bien fait des tentatives analogues avec le sérum salin physiologique isotonique du sérum sanguin, qui a le mérite d'être inoffensif, et on a obtenu des réactions thermiques instructives ; mais c'est un sujet à l'étude que nous ne pouvons que signaler.

Sérodiagnostic d'Arloing et Courmont. — En France, on applique depuis peu au diagnostic qui nous occupe la séro-agglutination découverte par Widal pour la fièvre

(1) *American Journal of insanity*, janvier 1899.
(2) *Annale di frenatria*. IX, 1899.

typhoïde. Le principe est absolument le même : si on met en présence d'une culture homogène de bacilles de Koch, du sérum de tuberculeux, on voit au bout d'un certain temps les bacilles s'agglutiner en amas et on dit que le séro-diagnostic est positif.

Ce qui rend cette affirmative plus délicate que pour la fièvre typhoïde, c'est que les cultures en bouillon de bacilles d'Eberth sont uniformes et homogènes, et que celles de bacilles de Koch sont en écailles ou en voile où les microbes sont d'eux mêmes agglomérés.

La première culture de tuberculose homogène d'origine humaine fut obtenue par Arloing et, remarque intéressante, c'est cette même culture qui, conservée et entretenue au laboratoire de Pathologie expérimentale de Lyon, a été transmise à tous les laboratoires qui s'occupent actuellement de ces recherches.

Jousset propose de remplacer les cultures vivantes, difficiles à obtenir et à entretenir, par des émulsions artificielles de bacilles morts, additionnées d'antiseptiques (méthode de Wright), formant un réactif toujours prêt à servir et favorable à 1/20 (*Société de biologie*, 24 *juin* 1905).

La méthode d'Arloing et Courmont a donné des résultats probants, d'abord à ses auteurs, qui en 1900, l'ont appliquée à 130 sujets et ont eu des résultats positifs dans une proportion de 35 %. C'est à peu près la proportion obtenue par MM. Grisez et Job (40 %) qui préconisent l'emploi de la séroagglutination pour le diagnostic précoce de la tuberculose dans l'armée (1). Sabaréanu et Salomon ont obtenu jusqu'à 59 %.

Nous avons commencé à employer le sérodiagnostic pour dépister les cas de tuberculose latente ou au début chez nos malades ; mais nos recherches, poursuivies au laboratoire de l'asile de Villejuif, ne donneront de résultats d'ensemble qu'ultérieurement.

2° *L'isolement et la prophylaxie.*

Une fois la sélection faite, le médecin doit s'imposer

(1) Grisez et Job. — Diagn. précoce de la tuberculose par la séro-réaction. *Revue de médecine*, sept. 1906.

la double tâche de soigner les tuberculeux aliénés et d'autre part d'éviter la tuberculisation consécutive des aliénés jusque-là indemnes.

Elle est passée, l'époque où la société, aussi bien que les médecins, considéraient l'évolution de la maladie comme inévitablement fatale. Sans remonter à Hippocrate où nous trouvons déjà la notion de sa curabilité, on sait que Laënnec et, vers la même époque, Carswell (de Londres) trouvaient dans les recherches anatomo-pathologiques des preuves décisives de la guérison de la phtisie pulmonaire. La phtisie est curable, répète l'autorité de Jaccoud et de Bouchard, à toutes les périodes et surtout au début. — Grancher la considère comme « la plus curable des maladies chroniques, car au lieu « d'être un néoplasme misérable et sans organisation, « le tubercule tend naturellement à l'organisation fi- « breuse. »

Mais dans la majorité des cas l'organisme se suffit mal à lui-même pour la lutte et il faut lui venir en aide. « Mais comme dit Duclaux, on est d'autant plus sûr du succès qu'on intervient plus tôt. »

Or, dans un asile public, l'aliéné n'a plus pour protecteurs que les fonctionnaires de l'Etat; c'est à ceux-ci de faire pour ces déshérités tout ce qui est en leur pouvoir, de prendre pour tous des mesures de prophylaxie générale et, pour chacun de ces inconscients, et pour ainsi dire à sa place, des règles de traitement et d'hygiène personnelle.

Avant tout, l'aliéné tuberculeux doit être isolé; c'est une règle classique, le premier axiome de la lutte antituberculeuse; nous le trouvons en tête de toutes les conclusions de travaux des spécialistes, des rapports des commissions et des vœux des Congrès d'Assistance; en particulier il a été formulé par MM. Landouzy et Mosny au Congrès de Naples, dans leur *Rapport sur la propagation et la prophylaxie de la tuberculose* (1) et nous le trouvons dans le projet de loi de Dubief (Art. 29) pour l'aménagement des locaux spéciaux dans les établissements d'aliénés.

Les mesures à prendre pour cet isolement sont varia-

(1) Xe Congrès d'hygiène et de démographie, août 1900.

bles suivant les moyens dont on dispose; mais indépendamment de tout point de vue budgétaire et immobilier, cette question, comme le fait remarquer M. Merklin (1), est complexe : l'isolement complet peut avoir pour certains tuberculeux de fâcheux résultats au point de vue de leur état mental. Il est peut-être difficile d'isoler entièrement des autres pendant toute une journée, non pas les malades alités, mais ceux qui se lèvent et vont à l'air libre, et à peu près suffisant de les placer la nuit dans un dortoir spécial; il ne faut en tout cas jamais les admettre dans les locaux qui renferment une grande proportion de malades curables au point de vue psychique ou tellement affaiblis qu'ils sont les plus exposés à la contagion.

Pour éviter que les locaux d'isolement ne deviennent des foyers de contamination, les mesures d'antiseptie et de désinfection doivent y être rigoureuses; les expectorations, si on peut obtenir leur localisation dans des crachoirs hygiéniques, les selles surtout, dont nous avons vu avec Anglade, le rôle extrêmement nocif, doivent être soigneusement recueillies et désinfectées avant l'évacuation; il serait préférable de les détruire, soit par incinération, comme on le fait pour la paille des alités gâteux ou les objets de pansements usagés, soit par des procédés chimiques. Ces mesures doivent s'étendre à tout ce qui est souillé par leur contact, linge, vêtements, literie. Des instructions spéciales doivent être données aux infirmiers de salles et aux employés de buanderie qui manipulent ces linges, pour les préserver de ce mode très grave de contagion. Landouzy a montré (Académie de médecine, 30 mars 1906) que, dans l'industrie du blanchissage, la mortalité dépasse 50 % et que la tuberculose tue 75 % des malades atteints.

Etant donné le danger de contagion par l'inhalation et surtout la déglutition des poussières, on essayera d'obtenir l'hygiène de la bouche chez les malades; on emploiera pour le nettoyage des locaux le lavage et le balayage humide; d'abord c'est le seul mode de nettoyage qui recueille efficacement les poussières; un autre avantage est l'innocuité reconnue du bacille en milieu humide; on a signalé, dans des analyses d'air prélevé dans les égouts,

(1) *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LII, p. 4.

au fond de la mer et sur des grands fleuves, le nombre peu considérable de micro-organismes en suspension dans l'air humide.

Il ne suffit pas de s'attaquer aux germes, c'est-à-dire aux bacilles, il faut amender le terrain, c'est-à-dire l'aliéné qui doit avoir une alimentation et une hygiène suffisantes, et vivre le plus possible au grand air ; à l'asile de Maison-Blanche, l'un des mieux aménagés au point de vue de l'aérothérapie, nous pourrions citer l'exemple d'une paralytique générale en rémission guérie de lésions pulmonaires indiscutables (service du Dr Boudrie) et une infirmière, dont l'état général, après une pleurésie bacillaire, a été reconstitué par la cure de repos à l'air libre.

Mais ce sont là des mesures de prophylaxie générale de la tuberculose qui n'ont rien de nouveau, ni surtout de spécial aux asiles.

Au point de vue qui nous occupe, un mouvement officiel s'accentue de jour en jour, en France comme à l'étranger, montrant que les pouvoirs publics considèrent enfin les aliénés comme des malades et non comme des parias de la société; on reconnaît le caractère d'urgence et la portée d'intérêt général des mesures à prendre dans les asiles.

En France, le Congrès de médecine de Paris, en 1900, adopta un vœu formulé par les docteurs Marie et Toulouse, et présenté par ce dernier qui venait d'insister sur la nécessité d'isoler les tuberculeux dans les Asiles, vœu *qu'il soit procédé partout à des mesures méthodiques de prophylaxie à l'égard de la tuberculose dans les hôpitaux d'aliénés et à l'isolement curatif des aliénés reconnus tuberculeux dans les divers établissements.*

A la suite des recherches de la Commission de la tuberculose « sur la propagation de cette maladie dans les « asiles d'aliénés et sur les moyens de s'y opposer ». une circulaire adressée par le Ministre de l'Intérieur aux Préfets marque le point de départ officiel des mesures édictées pour répondre aux vœux du Congrès.

Nous reproduisons les principales considérations de cette *Circulaire ministérielle du* 15 *juin* 1901.

« Les ravages exercés par le fléau ne sont, pour l'en-

semble des établissements, que trop considérables puisqu'au cours des années 1894 à 1898 et pour une population annuelle moyenne de 61.685 aliénés, la proportion des décès attribués annuellement à la tuberculose s'est élevée à 689, soit 111 pour 10.000 malades hospitalisés.

« Mais, ce qui ressort avant tout de l'enquête poursuivie, c'est l'étrange disproportion qui s'observe entre un asile et un autre, quant à l'étendue du mal et au nombre de ses victimes. Alors que dans une vingtaine d'asiles publics ou privés la mortalité est tantôt nulle, tantôt peu élevée, et ne dépasse jamais 30 décès pour 10 000 malades, on la voit, dans les autres, s'élever rapidement au chiffre moyen de 111, dépasser celui de 200 dans 4 Asiles, celui de 300 dans deux autres, pour atteindre jusqu'aux chiffres extrêmes de 540 à 556 dans les deux Asiles les plus éprouvés.

« Il faut reconnaître, dans les asiles eux-mêmes à ce point contaminés, de véritables foyers d'infection tuberculeuse.

« Des mesures prophylactiques s'imposent, que la Commission n'a pas perdues de vue. Il en est d'ordre général qui peuvent trouver dans les Asiles une facile exécution.

« Les crachats desséchés étant reconnus par la science comme les plus actifs agents de propagation bacillaire, je vous invite à prescrire aux établissements publics ou privés d'aliénés l'adoption des dispositions suivantes, qui pourront obvier à une cause fréquente entre toutes de la contamination tuberculeuse.

1° Affichage dans tous les locaux occupés par le personnel ou les malades de la « *défense de cracher à terre* ».

2° Installation dans ces locaux et en nombre suffisant de crachoirs hygiéniques à un mètre du sol, bien en vue et au voisinage des dites affiches.

3° Balayage humide de toutes les salles et lavage des parois.

« Cet ensemble de mesures préventives dès maintenant réalisables ne sera pas par lui-même entièrement suffisant, en raison de la faiblesse d'esprit des aliénés, auxquels il sera particulièrement difficile, dans

bien des cas, d'inculquer avec la crainte du fléau les notions d'hygiène propres à lui faire sa part. Aussi est-ce au dévouement et à l'intelligence du personnel de tout ordre que je vous prie de faire appel avant tout.

« Dans cet ordre d'idées, je vous invite à veiller avec soin à ce que le personnel des Asiles, et particulièrement celui des agents préposés à la garde et au traitement des aliénés tuberculeux, reçoive une instruction suffisante touchant les dangers de la tuberculose et la prophylaxie à y opposer. Ceux des agents à qui incombera le soin des tuberculeux devront être obligés au port de la blouse hygiénique dans les salles, au lavage soigné des mains et de la bouche avant le repas, à la toilette scrupuleuse du corps.

« Une instruction technique détaillée devra être aussi donnée aux blanchisseuses pour la désinfection du linge contaminé. Enfin pour mettre obstacle à une cause particulière aux asiles d'aliénés, celle provenant de la promiscuité des malades contaminés et de ceux qui ne le sont pas, je vous invite à prescrire dans les asiles, autant que les locaux le permettront, l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des aliénés tuberculisés.

« Les Directeurs-Médecins en chef des asiles devront dans leurs rapports médicaux annuels, fournir des indications détaillées sur les ravages exercés par la tuberculose dans leurs asiles et les remèdes opposés par eux au mal. »

En Allemagne, nous avons été devancés par une circulaire du 5 février 1892 invitant les Directeurs d'asiles d'aliénés à prendre des mesures contre la contagion tuberculeuse et à examiner tous les malades à ce point de vue au moins une fois par an.

Une note sur les mesures prophylactiques à prendre a été adressée aux établissements privés par le Préfet de police de Berlin.

Le Congrès de Weimar (1891), d'après le rapport de Bôtel, le Congrès de Hanovre (1892) d'après celui de Wulff, celui de Berlin (1899) ont aussi posé en principe la nécessité de l'isolement des tuberculeux bacillaires.

En Italie, sous le ministère Pelloux, une circulaire

du Président du Conseil a rendu obligatoire l'isolement des tuberculeux aussi bien dans les asiles d'aliénés que dans les hôpitaux.

En Angleterre, la Commission spéciale instituée par l'Association médico-psychologique a élaboré un rapport documenté dont nous avons déjà parlé; il se termine, au point de vue des moyens préventifs, par les conclusions suivantes (1) :

1° Précocité du diagnostic de la tuberculose.
2° Isolement de tous les malades atteints de phtisie.
3° Construction, à l'avenir, d'asiles moins grands.
4° Mesures propres à empêcher l'encombrement.
5° Augmentation du cube d'air de jour et de nuit.
6° Diminution du nombre de lits dans les dortoirs.
7° Organisation d'une ventilation plus complète et plus efficace (2).
8° Adoption de mesures très fermes pour empêcher la propagation de la maladie par les produits d'expectoration.
9° Surveillance rigoureuse du régime alimentaire.
10° Construction d'hôpitaux spéciaux et de sanatoria entourés de terrains suffisamment étendus et propres à l'isolement des malades, à leur traitement selon les règles de la thérapeutique moderne.
11° A défaut de ces hôpitaux et de ces sanatoria, toutes autres mesures pratiques et efficaces d'isolement.

Comme on le voit, de cet énoncé de mesures à prendre, se dégagent deux points de vue distincts : la création d'établissements spéciaux, desideratum idéal dont l'exécution se heurte à de grosses difficultés financières, d'autre part l'utilisation des asiles déjà existants et leur aménagement à peu de frais pour les rapprocher autant que possible du sanatorium théorique.

A la Commission de la tuberculose de 1897, le Professeur Debove avait en effet posé cette question, dont la solution avait l'avantage pratique de permettre la

(1) *Journal of med. Sc.*, juillet 1902.

(2) Il est nécessaire pour réaliser ce desideratum de combiner la ventilation artificielle au chauffage par calorifère ou mieux eau chaude.

mise en vigueur immédiate des principes d'hygiène antituberculeuse et que nous pouvons appliquer aux Asiles : *comment, sans création nouvelle, peut-on utiliser, pour le plus grand bien des phtisiques, le matériel existant ?*

Les moyens varient avec les pays, avec les asiles; mais l'initiative locale des médecins doit être prépondérante et soutenue par une réglementation générale et une collaboration administrative.

Sélection et isolement, désencombrement et assainissement par la désinfection et la ventilation, amélioration du régime alimentaire, du mode de travail au grand air et des promenades, destruction des rats et des mouches, agents propagateurs de la bacillose dont le rôle est nettement établi, interdiction pour la même raison des animaux domestiques dans les quartiers, nombreuses sont les mesures prophylactiques qui sont partout applicables et presque partout appliquées.

Il nous reste à examiner les efforts individuels des médecins dans leurs services, ainsi que les créations nouvelles que des pays voisins, comme l'Angleterre et l'Allemagne, peuvent proposer en modèle à ceux qui dirigent en Europe le mouvement de l'Assistance aux aliénés.

En France, il faut bien l'avouer, si les médecins n'ont pu faire que des tentatives isolées, les pouvoirs publics ont fait moins encore.

C'est à l'asile de Villejuif que les premiers essais d'isolement et d'aérothérapie ont été faits, dès 1888, par M. Briand, certainement le premier en France, avec le Dr Marie, qui ait pratiqué l'isolement systématique et persévérant de ses malades. (*Fig. 16.*)

C'est un petit sanatorium de cinq lits, simple abri dans une galerie couverte, ouvert à l'est et au sud, dans lequel les malades séjournent jour et nuit, été comme hiver, soumises au traitement approprié à leur état physique et entourées de tous les soins désirables d'hygiène. Des infirmières contaminées assurent le service tout en profitant des bienfaits de cette cure.

Les aliénées tuberculeuses, agitées et dangereuses, celles dont les lésions sont trop avancées sont exclues de ce régime, mais au moins rendues inoffensives au

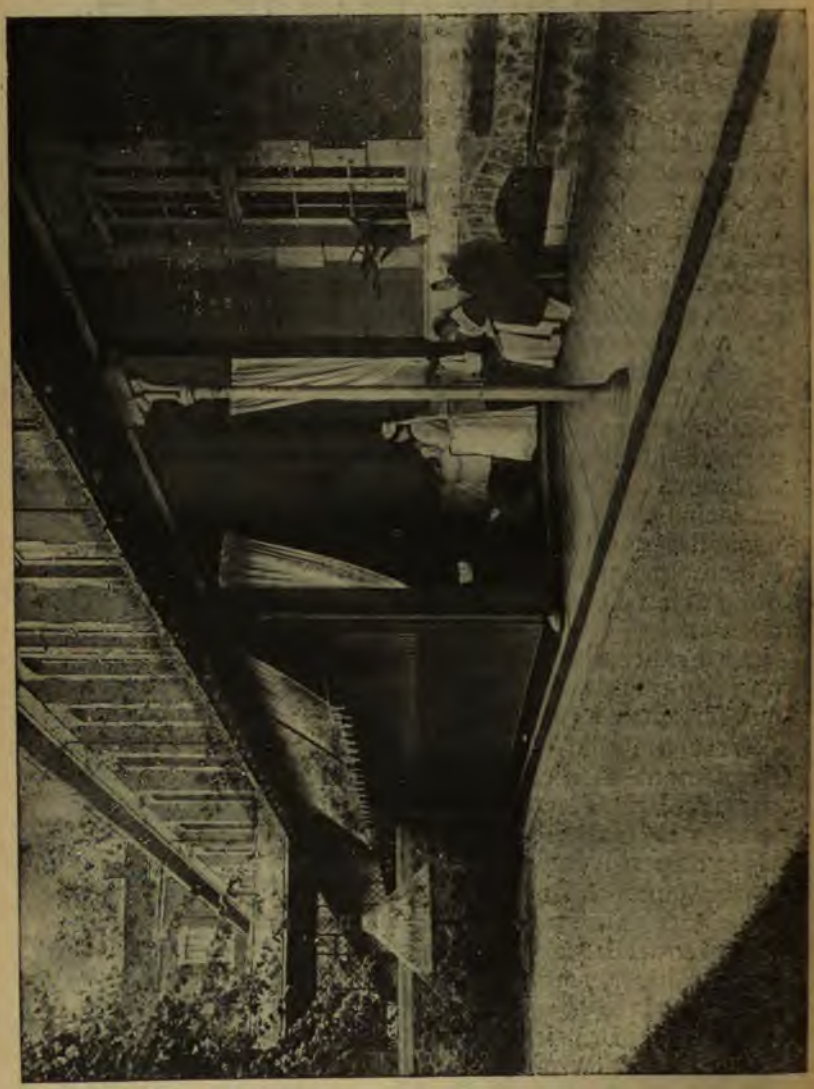


Fig. 10. — Petit sanatorium à l'asile de Villejuif (2e section femmes, Dr M. Briand.)

point de vue de la contagion par le maintien dans des chambres et des cours d'isolement.

Le Dr Marie a suivi cet exemple et a pu obtenir le petit crédit d'un millier et demi de francs nécessaire et suffisant; il existe dans notre service un dispositif analogue de panneaux-abris sous préau, avec toiles de tente, où sont installés six lits avec open-windou continu.

Remarquons à ce propos que nos malades ne se plaignent jamais de cette vie continue en plein air, et que les atteintes du froid sont évitées par l'emploi de chemises et couvertures de laine et de bouillottes d'eau chaude.

Ce minimum bien précaire et bien insuffisant pour le nombre de tuberculeux des deux services a été difficile à obtenir, et c'est à l'insuffisance des crédits mis à la disposition des médecins qu'il faut attribuer leur impuissance à assurer l'assistance efficace à leurs malades; pourtant des constructions simples comme les nôtres, suffisantes à la rigueur pour la prophylaxie et la cure, à condition d'être édifiées dans des proportions plus considérables, pourraient le plus souvent être effectuées sans grands frais par la main-d'œuvre de l'asile (Briand .

Dans les asiles départementaux on se préoccupe aussi de la prophylaxie de la tuberculose et quelques médecins ont pu, conformément à la circulaire ministérielle de 1901, ménager des quartiers spéciaux. C'est ainsi qu'à l'asile d'Armentières, MM. Chardon et Raviart ont aménagé à cette fin un pavillon où sont isolés une cinquantaine de malades ; les soins sont confiés à des gardiens contaminés, les résultats qu'ils obtiennent sont encourageants et ils comptent ne pas s'arrêter au minimum nécessaire qu'ils ont obtenu. Il est à souhaiter toutefois que cette installation devienne obligatoire, et surtout que les pouvoirs publics entreprennent systématiquement cette œuvre d'assistance spéciale qui est si avancée dans certains pays étrangers.

L'aérothérapie reçoit sa forme la plus complète dans la vie sous la tente, préconisée avec succès aux Etats-Unis et organisée depuis 1901 par le Dr Mac-Donald, directeur de l'asile de Manhattan ; de même à Long-Island on a installé de véritables campements où vivent les malades, même sous la neige, et qui auraient un réel

succès ; cet exemple est suivi depuis peu à l'hôpital d'Edimbourg.

A l'asile de Middletown, depuis qu'on pratique méthodiquement l'isolement des suspects et qu'on repeint souvent les salles, le Dr Allen y a vu diminuer la mortalité par phtisie.

En Angleterre, les grands asiles d'aliénés ont une situation privilégiée qui se prête à l'organisation de la lutte antituberculeuse; bonne orientation, air salubre, sol sablonneux et sec, éloignement des centres de population, extension du travail agricole.

On n'y semble pas partisan du pavillon-hôpital pour phtisiques dans chaque Asile ; s'il permet l'isolement, d'après Crookshank; il ne permet pas le traitement des malades entrants; il deviendrait vite une simple infirmerie pour les tuberculeux alités et tranquilles.

Les Dr Drapes et Browne ont proposé de loger les tuberculeux dans des constructions en bois qui, tous les dix ans, seraient détruites par le feu.

Mais en Grande-Bretagne le mouvement a abouti à des créations plus importantes, telles que l'asile-sanatorium de Dumfries et le remarquable sanatorium spécial que possède depuis la fin de 1902, l'asile de Gartloch, à Edimbourg. (*Fig. 17 et 18.*)

Entièrement construit en bois et en fer, il est orienté au sud, vers des pelouses de cricket; les dortoirs, divisés en chambres ouvertes pour faciliter la surveillance, contiennent chacun 26 lits et sont augmentés de quatre chambres d'isolement, soit en tout 60 lits; les vérandas sont percées de larges fenêtres qui se fixent automatiquement dans l'angle voulu pour régler la ventilation; l'eau chaude y circule, l'éclairage est électrique; huit infirmiers, dont trois pour le service de veille, forment le personnel. Un système de désinfection pour le linge et la literie est annexé à ce bâtiment modèle qui n'est revenu tout compris, qu'à 3582 fr. par lit.(*Fig. 19, 20 et 41.*)

On peut comparer ces dispositions avec celles de l'asile sanatorium établi par le Dr Siémens à l'Asile de Lauenbourg, bâti en 1896 et dont le prix de revient a été de 41.000 marks.

Ce sont deux baraquements, établis à 50 mètres à droite et à gauche du pavillon des malades ordinaires;

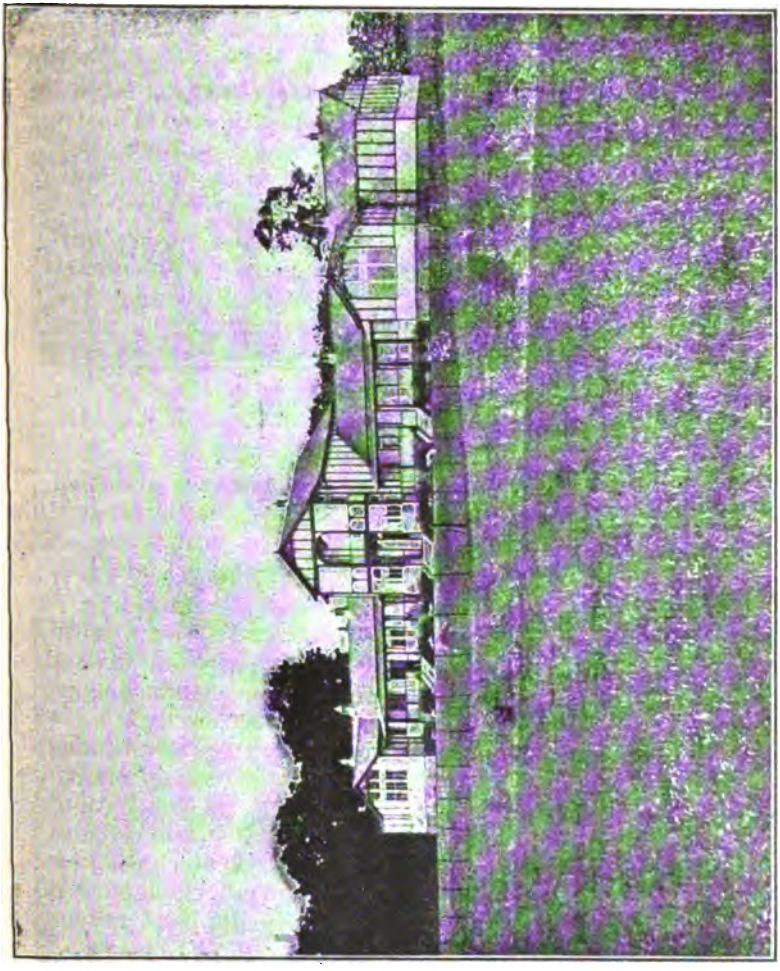


Fig. 17. — Asile-Sanatorium de Dumfries.

celui des hommes est dans un jardin, celui des femmes dans un bois de pins; tous deux sont construits entièrement en tuiles, sur un sol sec dont ils sont séparés par des

Fig. 18. — Asile de Gartloch (Vue générale).

espaces isolants aérés; le fer, le ciment poli, la peinture vernissée permettent la plus rigoureuse propreté. Chaque baraquement contient une salle de douze lits, une chambre d'isolement, une salle commune et une salle de bains. Le chauffage à la vapeur, la ventilation artificielle, la distribution d'eau chaude et d'eau froide, l'éclairage électrique, les procédés de désinfection chimique des matières et des eaux usées, font de ce sanatorium, un modèle du genre qui, s'il mérite notre admiration, devrait provoquer l'émulation en France.

FIG. 19. — **Asile-Sanatorium de Gartloch.**

Signalons encore le pavillon d'isolement de l'asile de Dziekanka, celui que possèdera bientôt le nouvel asile de Konradstein (1) et celui qui est projeté à l'asile égyptien du Caire.

L'Assistance familiale.— N'y a-t-il pas d'autre part un moyen plus simple de faire vivre isolés à l'air libre les Aliénés tuberculeux, nous voulons dire de leur appliquer le principe de l'Assistance familiale?

(1) SÉRIEUX. — **Rapport sur les asiles allemands.**

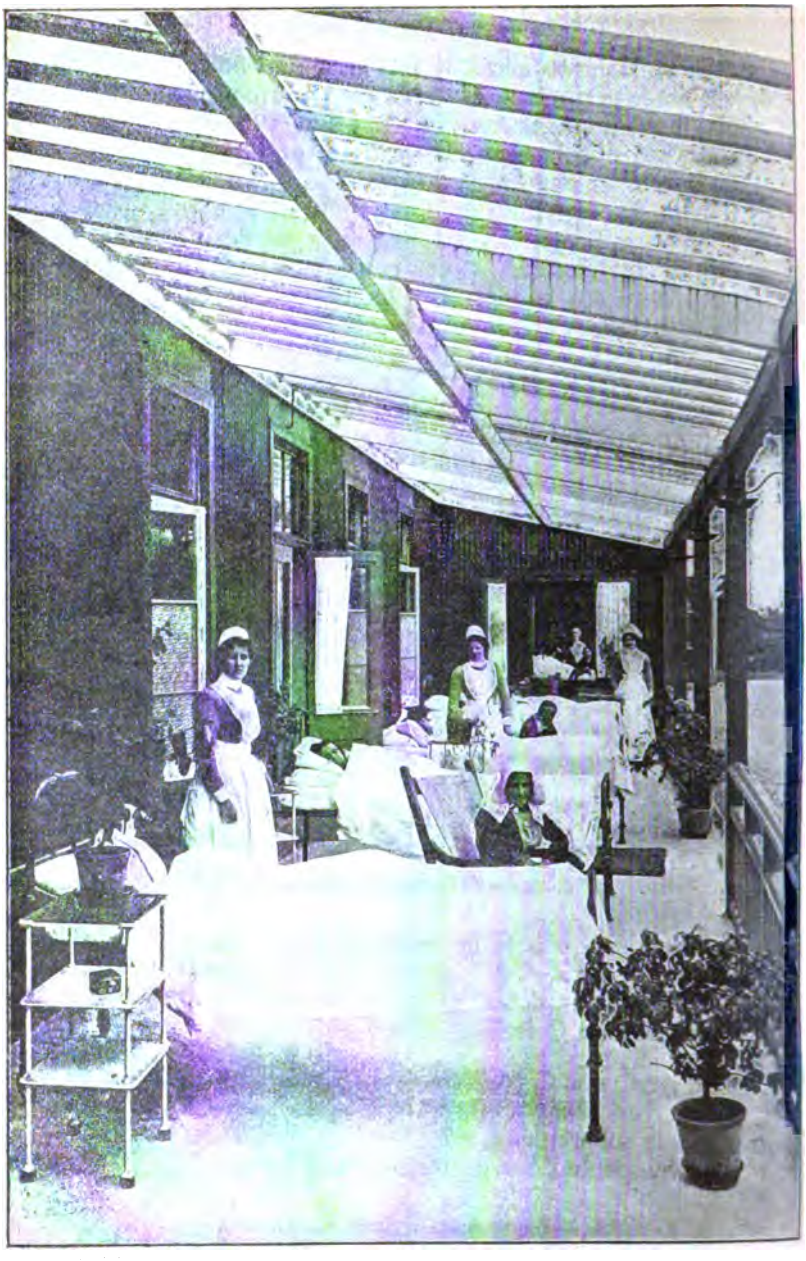


Fig. 20. — Vue intérieure d'une véranda.

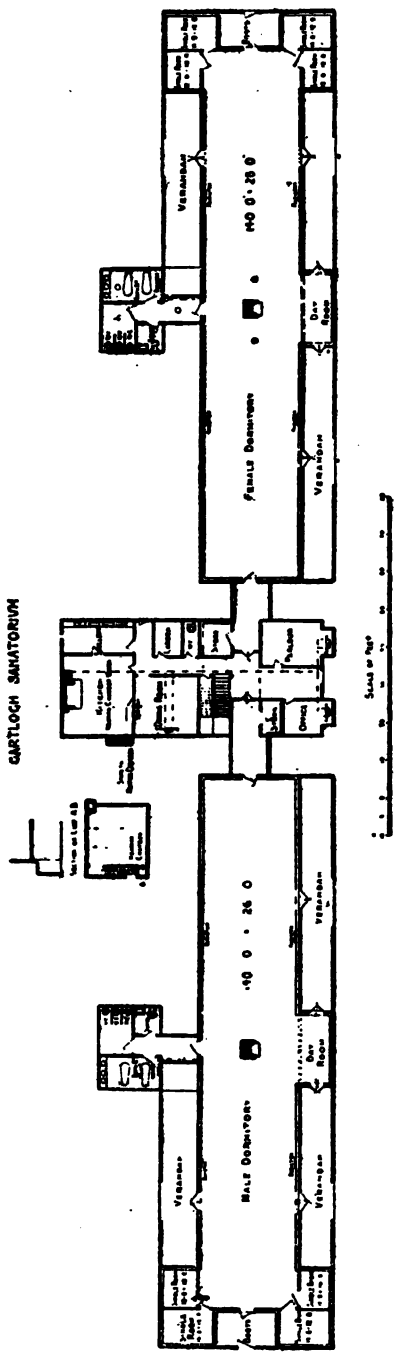


FIG. 21. — Plan du sanatorium de Gartloch.

Nous voulons attirer l'attention sur ce mode d'assistance en étudiant ses résultats dans un pays où il est parfaitement organisé, la Belgique.

On sait quels sont, pour les aliénés, les avantages de ce régime : « Ils sont isolés, dit le Dr Peeters, à qui nous « empruntons les « documents de « cette étude (1), « confiés à des « familles éparpillées sur une « grande étendue « de terrain; l'encombrement est « absolument impossible.

« Les malades « peuvent respirer « un air abondant, constamment renouvelé, « pur et ils peuvent se promener, travailler à « l'air, le patronage donnant

(1) PEETERS. — La tuberculose dans les établissements d'aliénés, Anvers, 1900.

« une grande liberté et toutes les facultés pour le travail « des champs. »

Aussi peut-on discuter les avantages qui résulteraient du placement des malades dans les maisons privées, s'non pour les cas très avancés, vu les difficultés de pareils placements, du moins pour les cas suspects ou reconnus de très bonne heure ? Selon Peeters, ce mode d'assistance peut rendre de grands services, et il en rendra de plus grands encore à mesure que l'influence du médecin sur les malades et sur les personnes appelées à les soigner se fera plus efficacement sentir.

Voyons, en effet, les chiffres de décès par tuberculose à la colonie de Gheel :

Années	Population	Mortalité générale	Décès par tuberculose	H	F
1894	1186	131	11	6	5
1895	1916	119	9	5	4
1896	1983	123	10	5	5
1897	1973	129	10	3	7
1898	1983	119	9	4	5
1899	1954	124	8	2	6
1900	1957	124	11	5	6
1901	1853	131	16	9	7
		1000	84	39	45

Nous constatons d'abord le taux de mortalité plus élevé chez les femmes et nous nous rappelons les remarques du Dr Wulff; nous tenons compte que les idiots et les imbéciles fournissent à eux seuls à peu près la moitié des décès. Si nous nous reportons aux chiffres de Destrées et Gallemaërs pour la mortalité tuberculeuse (2,94 par 1.000 habitants et 149 décès sur 1.000 décès généraux), on voit que Gheel est loin d'y arriver, la mortalité de la colonie n'est plus, depuis quelques années, que de 5 à 6 %; enfin, d'après les chiffres de Peeters, l'état sanitaire de cette commune est excellent au point de vue de la tuberculose; les Gheelois et les aliénés ne s'infectent pas mutuellement.

A la colonie de Lierneux, nous comptons 13 décès par tuberculose depuis 1887, parmi lesquels 4 imbéciles et 2 idiots.

En Ecosse, où l'Assistance familiale est depuis longtemps organisée sur une grande échelle, puisque 20 % de

la totalité des aliénés sont placés dans des maisons privées, les malades sont éparpillés sur une grande partie du territoire, dans des villages ou même dans des villes. Nous lisons dans les rapports de MM. Sutherland et Macpherson, inspecteurs du service des aliénés, 20 décès par phtisie de 1898 à 1900 sur une population de 2700 malades, soit 2,5 décès par 1000 malades.

En France, le Dr Marie a également cherché la fréquence des décès par tuberculose dans les Colonies familiales qu'il a créées (1) et l'a trouvé fort au-dessous de la normale, de 4 pour 300. Mais, ajoute-t-il, « on peut « expliquer ce faible taux par ce fait que les désigna- « tions pour l'Assistance familiale écartent systémati- « quement et avec raison les aliénés chroniques soup- « çonnés de tuberculose. »

Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir insister sur ce mode possible d'assistance aux aliénés tuberculeux qui est peut-être appelé à un certain avenir.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXXVI.— **Sur une forme spéciale du globule rouge dans la démence précoce** ; par Pighni et Paoli. (*Rivista sperimentale di Freniatria*. 1905, Reggio Emilia. Vol. XXXI. fasc. II.)

On commence par traiter le sang par une nouvelle méthode, laquelle consiste principalement à fixer par une solution de sublimé et de molybdate d'ammoniaque, puis à colorer par la thionine phéniquée.

Par cette méthode, on voit que les globules rouges des déments précoces se présentent avec une structure caractéristique généralement sous forme d'une image ombiliquée et d'un volume plus grand que normalement.

Cette structure ne se rencontre pas dans la plupart des maladies mentales et générales. On la trouve parfois cependant chez les épileptiques et les chlorotiques ; aussi peut-on conclure pour l'ins-

(1) Rappelons que, dès le second empire, le baron Haussmann avait adopté un projet de désencombrement des Asiles-Hospices par la création d'Asiles-Villages.

tant que cette forme spéciale n'est pas pathognomonique de la démence précoce, mais bien un indice des altérations profondes qui existent dans cette maladie. J. S.

XXXVII.— **Sclérose en plaques expérimentale par les toxines aspergillaires** ; par Ceni et Besta. (*Rivista sperimentale di Freniatria*. Reggio Emilia. 1905. Vol. XXXI. fasc. II).

Un chien de 7 kilos ayant reçu une injection de toxine d'aspergillus fumigatus fut sacrifié trois mois plus tard.

L'examen microscopique fut pratiqué avec les méthodes de Marchi, Weigert, Van Gieson, Mallary. On a trouvé dans la moelle une lésion à foyer caractérisé essentiellement par : altération inflammatoire intense des vaisseaux, avec infiltration cellulaire des parois, surtout de l'adventice et du tissu avoisinant. Les lésions ont une intensité variée, allant du gonflement à la désagrégation des gaines myéliniques : tuméfaction et altération des cylindraxes sans lésions de continuité, et sans dégénération secondaire des fibres ; gonflement notable de la taille névroglique avec aspect hydropique du tissu.

La genèse vasculaire du processus morbide est donc indiscutable dans ce cas ; la névroglie, par la précocité de ses lésions, montre seulement une hyperplasie initiale. Il faut rapprocher de ces résultats les lésions pathogéniques expérimentales obtenues par Charrin et Babinski, Gilbert et Lyon, Thoinot et Moycelin, Vincent, Roger, Widal et Besançon, Hallio et Enriquez, Ballet et Lebon. J. Séglas.

XXXVIII. — **Etude par la méthode de Donaggio des lésions du reticulum neuro-fibrillaire de la cellule nerveuse dans l'inanition expérimentale** ; par Riva. (*Rivista sperimentale di Freniatria*. Reggio en Emilie. 1905. XXXI. fasc. II.)

Les recherches ayant porté sur le chien et sur le lapin, ont montré des altérations siégeant au niveau des cornes postérieuree de la moelle épinière. On y voit un reticulum dévié dans les régions longitudinale et transversale ; la formation de vacuoles est évidente, on observe dans la cellule de gros rubans prenant leur origine dans les nombreuses fibrilles : on fait aussi observer de gros cordons en rosace. Dans de rares éléments, on peut observer une altération profonde du reticulum, à tel point qu'on peut ne rencontrer dans la cellule que peu de granulations nettement colorées. J. S.

XXXIX. -- **Un cas de chorée de Huntington avec résultat anatomo-pathologique** ; par Besta. (*Revista di Freniatria*. Reggio Emilia. Vol. XXXI. fasc. II.

La chorée de Huntington est une maladie *sui generis*, au ca-

ractère surtout héréditaire, et n'ayant aucun rapport avec les autres formes de chorée, spécialement avec la chorée de Sydenham.

Le processus anatomo-pathologique est dans la majorité des cas limité en principe aux vaisseaux du système nerveux central. Par sa diffusion sur la pie-mère, il occasionne de la leptoméningite et consécutivement l'altération des éléments nerveux.

Les lésions anatomo-pathologiques rencontrées expliquent la démence progressive propre de la maladie; mais elles ne suffisent pas à expliquer complètement le désordre moteur. J. S.

XL. — **Le pouvoir pathogène de l' « Aspergillus ochraceus » et son rapport avec l'étiologie et la pathogénie de la Pellagre** ; par Carlo Ceni. (*Rivista sperimentale di Freniatria.* Reggio Emilia. Vol. XXXI. fasc. II.)

L'Aspergillus Ochraceus fut isolé en quantité considérable et en culture presque pure chez un malade de l'Apeunin, qui habitait dans une famille atteinte de pellagre chronique. Cet agent pathogène est capable d'élaborer des toxiques à caractères surtout déprimants, analogues à ceux de l'Aspergillus niger et des variétés de Penicillum glaucum. Le degré de toxicité de l'ochraceus est assez notablement supérieur à celui du Niger et des variétés de Penicillum Glaucum.

Les propriétés pathogènes se révèlent avec des symptômes identiques d'intoxication à caractères dépressifs, soit en introduisant directement le germe dans l'organisme animal par injection endopéritonéale ou par voie digestive, soit en introduisant les toxiques spécifiques à l'état isolé.

Les toxiques sont extraits par l'eau ou l'alcool pendant l'ébullition.

L'activité toxique du parasite est variable suivant les saisons de l'année ; elle est à son maximum au printemps, en été et en automne, à son minimum en hiver, et se cultive surtout à un degré de température qui correspond à l'optimum de son développement. J. S.

XLI. — **Sur la présence des corpuscules à l'intérieur des cellules nerveuses spinales dans l'inanition expérimentale** ; par Riva. (*Rivista sperimentale di Freniatria.* Reggio Emilia. 1905. Vol. XXXI. fasc. II.)

Par l'emploi de la méthode de Donaggio, on peut observer dans les cellules de la moelle épinière des formations de couleur violet-rougeâtre, de tonalité brune, réunies en bloc ou dispersées dans le cytoplasma. Ces corpuscules ne se rencontrent jamais dans le noyau ; ils sont localisés exclusivement dans le

cytoplasma et quelquefois, mais beaucoup moins fréquemment, dans les premiers troncs des prolongements protoplasmiques.

J. S.

XLII. — **La maladie des scaphandriers** ; par Boinet (de Marseille).

L'auteur a observé une trentaine d'accidents dus à une décompression trop brusque, dont une douzaine se sont terminés par la mort. L'imprudence joue un grand rôle dans l'étiologie de ces accidents.

Dans les cas non mortels, on a observé tantôt des troubles permanents, tantôt des troubles passagers : les uns comme les autres ont consisté en des paraplégies, des hémiplégies, des monoplégies, des quadraplégies parfois accompagnées d'aphasie. L'autopsie des malades qui ont succombé ont permis de constater des hématomyélies (Boinet, J. Lépine) dont la cause est, comme l'a montré Paul Bert, la formation d'embolies gazeuses dans les vaisseaux sanguins. D'ailleurs, les règlements actuels ordonnent de faire très lentement la décompression, et les scaphandriers connaissent bien comme remède de leurs accidents légers la récompression préconisée par Catsaras ; un des malades de Boinet l'a employée avec succès. Les autres causes prédisposantes sont : l'âge avancé, les affections pulmonaires, la fatigue, l'alcoolisme, les repas avant l'immersion, les excès de travail, la trop grande profondeur des plongées. Des douleurs spéciales et des paralysies temporaires sont fréquemment les signes avant-coureurs des états graves. L'appareil lui-même doit être de bonne qualité et trop souvent les plongeurs achètent à bas prix des appareils de rebut qu'ils réparent tant bien que mal. La lenteur de la décompression, dit Boinet, est la base de la prophylaxie de la maladie de l'air comprimé. (*Acad. de méd.* séance du 26 janvier.) L. Wahl.

XLIII. — **Considérations anatomo-pathologiques sur la démence précoce** ; par MM. De Buck et Deroubaix. (*Journal de Neurologie*, 1906, n° 2.)

Se basant sur l'examen histologique des cerveaux de huit malades atteints de démence précoce, cerveau où prédominaient des altérations des neurones et des fibrilles intra-cellulaires, les auteurs divisent les démences en interstitielles et parenchymateuses. A la première variété appartiennent la démence sénile, la paralysie générale et les démences consécutives aux tumeurs cérébrales, et à la seconde la démence aiguë (ancienne confusion mentale), la démence précoce, et les démences alcoolique, épileptique, etc. Il faut reconnaître toutefois que, jusqu'à présent, seul le tableau anatomo-pathologique de la paralysie générale est pathognomonique, et qu'il est encore impossible de différencier

au microscope les diverses variétés de démence parenchymateuse. Les auteurs croient cependant avoir remarqué que, dans la forme catatonique de la démence précoce, les lésions prédominaient dans la couche des grandes cellules pyramidales et, au contraire, que ces lésions portaient sur la couche des cellules polymorphes dans le type paranoïde. Il y aurait lieu, par conséquent, de joindre désormais à l'étude anatomo-pathologique de l'écorce en surface, l'étude topographique de cette même écorce en profondeur.

G. DENY.

XLIV. — **Sur la nucléole de la cellule nerveuse** ; par Jon. G. LACHE (de Bucarest). (*Journal de Neurologie*, 1905, n° 22.)

On trouvera dans ce travail d'intéressants détails sur la morphologie et la structure du nucléole des cellules nerveuses. D'après l'auteur, deux substances, au moins, entrent dans la constitution de ce nucléole : l'une achromatique et l'autre chromatique. C'est dans la première que se trouvent les vacuoles ou corpuscules réfringents, et dans la seconde les points hyperchromatiques ou petites formations rondes, situées habituellement au pourtour des précédents. En ce qui concerne son origine, le nucléole est le produit de la transformation d'un grain de chromatine nucléaire. G. D.

XLV. — **Nouvelles recherches sur le liquide céphalo-rachidien** ; par les Drs DE BUCK et DEROUBAIX (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, juin 1905).

Voici les principales conclusions de ce travail : la densité du liquide céphalo-rachidien se maintient relativement constante dans les diverses psychoses ; sa pression osmotique varie dans des limites plus larges, mais reste relativement élevée dans les psychopathies organiques graves. L'alcalinité moyenne du liquide céphalo-rachidien est de 1.20 °/oo de Na OH. Jamais ce liquide ne renferme d'ammoniaque, d'acétone, ni de substances capables de donner la diazoréaction. Sa toxicité enfin est toujours très faible. G. D.

XLVI. — **La nature et les caractères des principes toxiques et antitoxiques naturels du serum du sang des épileptiques** ; par M. le Dr Carlo Ceni (*Rivista sperimentale di Freniatria*, Reggio Emili 1905, Vol. XXXI, fasc. II).

L'auteur étudie d'abord les principes toxiques et antitoxiques. L'étude des principes toxiques l'amène à considérer que : 1° le serum du sang des épileptiques, au point de vue de son degré de toxicité spécifique peut se distinguer en hypotoxique et hypertoxique. Il est hypotoxique quand, injecté à un épileptique à la dose de 10 centimètres cubes, il n'amène aucun trouble immé-

diat, d'ordre local ou général. Il est hypertoxique, au contraire quand une injection de 10 centimètres cubes ou même moins, est capable d'amener chez l'épileptique des phénomènes presque immédiats d'intoxication aiguë spécifique, phénomènes qui atteignent graduellement leur maximum 24 heures après l'injection.

2° Les phénomènes de réaction toxique spécifique aussi bien de l'antisérum que du sérum hypertoxique naturel, peuvent varier notablement d'intensité d'un épileptique à l'autre, par des causes individuelles inconnues. On sait seulement que l'épileptique, très sensible à l'action de l'antisérum réagit à l'injection de sérum hypertoxique naturel avec des phénomènes d'intoxication plus intense ; 3° si on injecte à un épileptique son propre sérum hypertoxique pendant la phase de recrudescence de la maladie, on n'observe aucun phénomène d'intoxication immédiate.

4° Les individus non épileptiques réagissent aux injections de ce sérum hypertoxique avec des phénomènes d'intoxication analogues à ceux que présentent les épileptiques, mais moins intenses, et sans être accompagnés des troubles psychiques et des crises épileptiques. 5° L'apparition de l'hypertoxicité du sérum du sang chez un épileptique peut précéder de quelques jours l'explosion des symptômes cliniques caractéristiques d'un état de mal grave.

6° Les principes toxiques épileptogènes possèdent un notable degré de spécificité pour l'homme puisque le sérum hypotoxique aussi bien que l'hypertoxique sont également tolérés, même à doses élevées, chez les diverses espèces d'animaux.

7° La substance toxique spécifique contenue dans le sérum du sang des épileptiques résiste à la chaleur ; on doit admettre que l'hypertoxicité de ce sérum est due à un excès de la substance sensibilisatrice ; 8° cette propriété hypertoxique du sérum du sang, propriété très étendue et nettement spécifique pour l'homme, semble constituer un phénomène caractéristique de l'épilepsie, puisqu'elle manque dans la plus grande partie des autres formes mentales.

Au sujet des principes antitoxiques, l'auteur conclut que : 9° le pouvoir antitoxique du sérum du sang des épileptiques représente probablement une force protectrice naturelle de l'organisme, et peut varier notablement d'un individu à un autre et chez un même individu pendant les diverses périodes de la maladie, 2° si l'on fait chez des épileptiques des injections répétées d'antisérum humain, on a constamment une aggravation des conditions générales et spéciales des malades.

3° Si l'on soumet les épileptiques aux injections répétées du sérum hypertoxique naturel des épileptiques, on a les mêmes résultats que ceux que l'on obtient avec l'antisérum, c'est-à-dire

une aggravation transitoire des conditions générales des malades.

A la suite de ces conclusions, l'auteur pose les corollaires suivants sur la nature des principes toxiques du sang des épileptiques : 1° De l'intime analogie qui existe entre les propriétés toxiques du sérum du sang des épileptiques, en particulier du sérum hypertoxique, et celles du sérum humain, spécialement celui qu'on prépare en immunisant un animal avec le sérum des épileptiques, résulte évidemment la nature semblable des principes épileptogènes avec les principes hémotoxiques naturels.

2° Pour cette raison il résulte de nos recherches que les principes antitoxiques rencontrés dans le sérum des épileptiques doivent être considérés comme de nature semblable aux principes antitoxiques naturels qui représentent une énergie protectrice de l'organisme.

3° En somme, depuis surtout que l'on a vu la propriété du sérum hypertoxique du sang des épileptiques, il faut admettre que le principe actif que l'on rencontre dans le sérum est intimement lié aux corpuscules du sang, et que la plus grande partie de ce principe circule dans le plasma vivant à l'état latent.

J. Séglas.

XLVII. — **Quelques détails sur les cerveaux de Mommsen, Bunzen et Menze** ; (*Mitteilungen über der Géhirne von Mommsen, Bunsen und Menzel*), par von Hansemann. (*Soc. de physiologie*, de Berlin, 22 juin 1906). *Deutsche med. Wochenschr.*, 1906, n° 32 et *Bull. de la Soc. de méd. ment.* de Belgique, 1906, n° 128).

Le cerveau de Mommsen pesait 1.425 grammes, malgré l'atrophie sénile. Les sphères d'association, principalement les antérieures, et l'avant-coin sont fortement développés. Celui de Bunzen, également atrophique pesait 1.295 gr. et montre, lui aussi, un développement considérable des sphères d'association, mais ici principalement des postérieures. Le cerveau de Menzel ne montre pas de trace d'atrophie et pèse 1.298 gr. L'hémisphère droit est plus développé dans toutes les parties que le gauche, ceci sans aucun doute parce que Menzel était gaucher. Ces observations prouvent que l'atrophie sénile n'est pas synonyme de démence sénile.

Le grand développement des annexions des sphères d'association, n'a, en soi, non plus aucune importance : c'est ce que démontre v. H. à l'aide du cerveau d'un homme qui n'était pas précisément intelligent et chez qui ces entrées étaient également fortement développées.

XLIX. — **Difformité congénitale des membres** ; par Valobra. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 5.)

Observation d'un homme qui présente les altérations squelet-

tiques les plus bizarres des membres, et à l'occasion de laquelle l'auteur présente et discute les deux principales théories pathogéniques invoquées pour tenter d'expliquer les malformations congénitales : celle de l'atavisme ou du retour au type encestral, qu'il abandonne ; celle qu'il admet, des altérations de l'amnios.

F. T.

XLIX.—**Hématomyélie et hémiplégie spinale à topographie radiculaire**, par F. Raymond et Georges Guillain. (*Revue neurologique*, juillet 1905.)

MM. Raymond et Guilain, publient l'observation d'un malade atteint d'hématomyélie, ayant déterminé une hémiplégie spinale à topographie radiculaire, dans le membre supérieur, avec thermoanesthésie croisée. Ils rapprochent cette observation de celle de MM. Déjerine et Gauckler, sur un cas semblable et acceptent comme très vraisemblable l'hypothèse formulée par ces auteurs, à savoir que le faisceau pyramidal se termine dans la moelle, suivant une distribution radiculaire. E. B.

L. — **Pseudo-tumeur cérébrale par empyème ventriculaire**; par Mocquin. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1905, n° 6.)

Développement chez un alcoolique d'une méningite purulente, de nature particulière, ne pénétrant pas profondément dans les tissus, se propageant dans les méninges, qui pénétra dans le 4e ventricule et, à la façon d'un érysipèle, envahit la zone sous-épendymaire, déterminant par l'obstruction de l'aqueduc de Sylvius une pression intracranienne exagérée avec des phénomènes en tout analogues à ceux d'une tumeur. F. T.

LI. — **Ueber Fibrillenbilder der progressiven Paralysen (Sur l'état des neurofibrilles dans la paralysie générale)**; par Karl Schaffer, de Budapest. (*Neurol. Ctrbl.*, vol. XXV, fasc. 1, p. 2 à 14, 12 fig. 2 janvier 1906.

S. a examiné au moyen de la méthode de Bielchowsky le cerveau et la moelle de trois paralytiques arrivés à la dernière période. Cette méthode est très compliquée, et d'après Cajal, assez capricieuse : l'imprégnation est toujours moins riche qu'avec la méthode de Cajal et il est quelquefois difficile de distinguer les formations réticulées, qu'elle met en évidence dans l'intérieur des cellules, des simples coagulations d'albumine qu'elle y forme en même temps. Les résultats obtenus par S. ne doivent donc être acceptés qu'avec réserve au point de vue des lésions cellulaires fines : augmentation de volume des points nodaux du réseau fibrillaire intra-cellulaire, puis disparition des filaments qui les unissent, d'où formation d'un amas de granulations qui rappelle tout d'abord la disposition réticulée puis forme « une masse pul-

vérulente diffuse » ; on pourrait en outre constater au début «un léger gonflement de la substance interfibrillaire ». Les réticulums figurés par S. dans les cellules les moins altérées trahissent évidemment une imprégnation incomplète et ne ressemblent guère à ceux que décèle la méthode de Cajal ; celle-ci montre d'ailleurs, dans les dendrites, et notamment dans l'apex, des neurofibrilles beaucoup plus nombreuses.

Les résultats obtenus par S. sont plus intéressants au point de vue de la topographie en surface des lésions, quoique l'A. ait négligé de donner, même approximativement, la proportion des cellules saines et des cellules altérées. Il faut noter en outre que la méthode employée est plus sujette aux altérations artificielles que d'autres destinées au même objet. Quoiqu'il en soit, S. fait remarquer que, chez les trois sujets examinés, les lésions étaient à la période de début dans les deux circonvolutions centrales et dans le lobule paracentral, tandis que partout ailleurs la plupart des cellules étaient déjà fortement altérées, notamment dans l'écorce de la calcarine et dans le subiculum de la corne d'Ammon. Dans la convexité du lobe frontal, le réseau intercellulaire était « notablement éclairci. » Les lésions de l'opercule (rolandique) étaient plus avancées que celles du reste des deux circonvolutions centrales. Enfin, partout, les différentes couches de l'écorce étaient à peu près également atteintes.

S. décrit des lésions analogues dans les grandes cellules de la moelle, notamment dans celles des renflements cervical et lombaire.

D'après les figures (11 et 12) qu'il donne, la part des altérations artificielles paraît difficile à faire. Aucun de ses malades n'avait présenté de symptômes spinaux. CH. BONNE.

LII. — **Zur Kenntnis des assozüerten Nystagmus** ; par ERVIN STRANSKY, de Vienne. (*Neurol. Ctrbl.* XXV, f.1, p.15 à 18).

Le « nystagmus associé » a été décrit par S. en 1900 (*Wiener med. Presse*, 1900 et *Neurol. Ctrbl.* 1901, p. 786) : l'observateur prie le malade de fermer un œil, tout en s'opposant à l'occlusion en maintenant les paupières écartées ; il constate alors de légers mouvements de nystagmus horizontal synchrones aux secousses de l'orbiculaire. Ce symptôme serait différent du « nystagmus réflexe » de Bernheimer (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, 1901) qui se produit par exemple après une lecture prolongée ou lorsqu'on écarte les paupières du bulbe oculaire, et qui serait dû à une irritation du trijumeau (dessèchement de la cornée). Le nystagmus de S., nullement influencé par l'anesthésie cocaïnique de la cornée et de la conjonctive, serait au contraire, un mouvement associé, dû à une communication établie par la bande-

lette longitudinale postérieure entre le facial et les noyaux oculo-moteurs. CH. BONNE.

LIII.— **Ein Fall von Fractura baseos cranii mit seltenaren Nervenlaehmungen. Beitraege zur Physiologie des 9, 10 und 11 Gehirnnerven. (Un cas de fracture, avec paralysies nerveuses rares. Contribution à la physiologie des 9e paires craniennes)** ; par R. BALINT, de Budapest. (*Neurol. Ctrbl.*, XXV, fas. 3, p. 99 à 107, 1 février 1906.)

Observation tout à fait remarquable de lésion des trois nerfs mixtes, à leur passage dans le trou déchiré postérieur, par fracture de la base du crâne due à une chute sur le vertex, chez un homme de 53 ans, lequel survécut à l'accident. B. fait justement remarquer que si la lésion des nerfs craniens est assez fréquente dans ces circonstances, elle porte le plus souvent sur les nerfs facial, acoustique, abducens, plus rarement sur un de ceux des trois premières paires ; qu'il existe un cas de lésion du spinal, mais qu'on ne connaît nul autre cas de lésion des trois nerfs mixtes. Il discute longuement les symptômes qui relèvent de la participation de chacun de ceux-ci et dont voici les plus caractéristiques.

Glossopharyngien. — Diminution du goût dans la moitié postérieure du côté gauche de la langue. L'acide et le salé sont bien perçus dans la moitié antérieure ; le doux et l'amer ne le sont nulle part. Le goût est normal à droite. L'A. passe en revue à ce propos les diverses théories sur le trajet des fibres gustatives et conclut que, chez son malade, les fibres gustatives de la moitié postérieure de la langue passent seules par le IX, celles de la moitié antérieure passent par le V ou le VII.

Vague. — Hypéresthésie très accusée des parois postérieure et latérale du pharynx nasal ; anesthésie de la moitié gauche des parois antérieure et postérieure des arcs palatoglosse et palato-pharyngien, de la portion molle du voile du palais, de l'amygdale gauche, des deux faces, linguale et laryngée, de la moitié gauche de l'épiglotte, de la muqueuse du sinus piriforme, de la moitié gauche de la paroi postérieure du larynx, de la corde vocale gauche, de la trachée jusqu'au troisième anneau. Pas de réflexe pharyngé à gauche, ni de réflexe par contact même prolongé des parties anesthésiques du larynx.

La saillie de la trompe d'Eustache est un peu abaissée ; le voile du palais paraît plus long à gauche. La luette est légèrement déviée à droite ; l'arc palatopharyngien est plus éloigné de la paroi postérieure du pharynx à gauche qu'à droite. Gêne de la déglutition : reflux des liquides par le nez. Corde vocale gauche en position cadavérique, immobile dans la respiration et dans la phonation.

Pouls plein et tendu, varie entre 78 et 90. Paroi abdominale flasque. Accès de météorisme au cours desquels on voit se dessiner les contours de l'estomac ou de segments étendus de l'intestin. Ces accès, douloureux, durent plusieurs heures ; on perçoit alors du clapotement. La limite de l'estomac est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Eructations après les repas Constipation opiniâtre. Motricité de l'estomac normale à l'examen par le repas d'épreuve. Acidité totale = 47.5 ; teneur en HCl = 22.5. Par le cathétérisme des uretères, on constate que le rein droit sécrète 5 cc. en 3 heures et le rein gauche 35 cc. dans le même temps.

Spinal. — La tête est oblique ; le menton est plus élevé à gauche. De ce côté le cou est aplati, ainsi que la portion acromiale du trapèze et la portion du dos qui est comprise entre l'omoplate et la colonne ; le rhomboïde et l'angulaire paraissent sous-cutanés ; atrophie du sterno-mastoïdien. La position des deux omoplates est la même au repos. Les mouvements de l'épaule et de l'omoplate, élévation de celle-ci et son adduction, s'effectuent normalement. Il en est de même de la rotation de la tête.

Le sterno-mastoïdien droit réagit à un courant faradique insuffisant pour provoquer la contraction du gauche ; par le courant galvanique, le droit a une secousse avec un milliampère, le gauche avec un minimum de 13 m A. La portion claviculaire du trapèze se contracte normalement : les portions acromiale et postéro inférieure ne réagissent ni au courant faradique, ni au courant galvanique. CH. BONNE.

LIV.— **Uebereldie materi len Veraenderungen bei der Assoziationsbildung. (Sur les modifications mat. dans la formation de l'ass.)** ; par GOLDSCHEIDER, de Berlin. (*Neurol. Ctrbl.*, XXV, fas. 4, p. 146 à 167, 2 fig. schématiques, 15 février 1906.)

Vues très ingénieuses sur l'histophysiologie du tissu nerveux, de l'écorce cérébrale en particulier, appuyées sur les hypothèses d'ordre plus général émises par Ehrlich, Hering et Vervoorn sur les processus chimiques qui accompagnent le fonctionnement de tout élément.

La conduction nerveuse serait accompagnée d'une sorte de désintégration moléculaire (Désassimilation) suivie lle-même d'assimilation. Dans l'intrication (par continuité ou par contiguïté) des prolongements de plusieurs cellules voisines, il est vraisemblable que les excitations diffusées par ces cellules se perdent sans effet physiologique particulier. Mais si deux de ces cellules ou un plus grand nombre sont elles-mêmes excitées simultanément, la désintégration sera plus forte dans les segments de leur ramification qui se trouvent en contact réciproque ; la désassimila-

tion commandée par une cellule dans les ramifications d'une autre étant d'autant plus rapide et facile que cette autre cellule aura commencé pour elle même le processus de désassimilation dû à sa propre excitation. Consécutivement, d'après G., l'assimilation consécutive serait aussi plus rapide et les molécules reconstituées seraient plus aptes à une nouvelle décomposition. Sans envisager *le sens de la conduction* dans les prolongements qui mettent les cellules en rapport réciproque, G. considère les segments de l'intrication où l'excitation passe de préférence, comme des « lignes de points nodaux » qui seraient schématiquement également distantes de chacune des cellules participantes, mais dont la situation varie naturellement avec l'importance physiologique de chaque élément coopérateur : ces lignes de points nodaux, où les processus de désassimilation et de reconstitution seraient plus faciles qu'ailleurs, rendraient plus intime l'union des cellules d'un même groupe et, par là, l'association des excitations parvenues à ces cellules. De telles excitations sont plus vite reconnues, c'est-à-dire identifiées aux excitations antérieures semblables, que des excitations nouvelles ou, en d'autres termes, intéressant des groupements cellulaires n'ayant pas les mêmes lignes de points nodaux.

G. applique ensuite sa théorie aux différentes modalités de la reconnaissance et de la mémoire. Ch. Bonne.

LV. — **Ueber eigenartige Veraenderungen der Ganglienzellen und ihrer Fortsaetze im Centralnervensystem eines Falles von kongenitaler Kleinhirnatrophie (Sur des modifi. particulières des cell. nerv. et de leurs prolongements dans le S.N.C., dans un cas d'atrophie cong. du cervelet)** ; par Ernst Straussler, de Prague. (*Neurol. Ctrbl.*, XXV, fas. 5, p. 194 à 205, 15 figures, 1er mars 1906.)

Homme de 36 ans, « qui, outre une psychose caractérisée par des états d'excitation et de la faiblesse intellectuelle présenta certains symptômes d'affection cérébelleuse » dont S. remet la description à plus tard : il publie seulement le compte rendu anatomique à cause de l'analogie des lésions et de celles décrites par Schaffer. (*Neurol, Ctrbl.*, XXIV, fas. 9 et 10, 1905) dans l'idiotie amaurotique de Tay-Sachs.

Atrophie considérable de toute l'écorce du cervelet, sauf du nodule et des flocculus ; atrophie de la protubérance, du bulbe et de la moelle (cordons postérieurs). Dans toutes ces parties, les faisceaux et plexus de fibres myéliniques sont « extraordinairement denses. »

La lésion, généralisée à tout le névraxe, sur laquelle S. attire l'attention, consiste essentiellement en un fonte granuleuse des

corps de Nissl, suivie de l'apparition d'un état vésiculeux du corps de la cellule. Au Marchi, les grains les plus volumineux se colorent en noir par l'acide osmique. Souvent, en outre, les prolongements (axones et dendrites) présentent (au Nissl) des renflements successifs irrégulièrement espacés.

Dans l'écorce cérébrale, la lésion atteint surtout les grandes cellules de la 3e couche de la région motrice. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje sont en outre très raréfiées ; la couche des grains manque totalement. Dans le bulbe, la lésion prédomine dans les olives et dans les noyaux moteurs des V, VII, X, XI, XII paires, respecte les noyaux oculomoteurs. Dans la moelle, notamment au niveau des renflements cervical et lombaire, les cellules des colonnes de Clarke et des cornes postérieures sont les plus altérées.

S. ne donne que peu de détails sur la technique (Nissl, thionine et éosine) qu'il est pourtant si utile de connaître dans ces cas; l'énorme extension des lésions porte à se demander, en l'absence de toute donnée, si le mode d'inclusion était bien adapté au but poursuivi. S. pense qu'il s'agit de lésions d'usure (Edinger) combinées à un développement insuffisant comme dans d'autres maladies héréditaires systématiques du névraxe (maladie de Friedrich, idiotie de Sachs, etc.) CH. BONNE.

LVI. — **Gibtes eine autogene Regeneration der Nervenfasern ? Y a-t-il une rég. aut. des fibres nerv. ?)** ; par E. MUNZER et O. FISCHER, de Prague. (*Neurol. Ctrbl.* XXV, fas. 6, p. 260, 2 fig., 16 mars 1906.)

LVII. — **Kritische Bermerkungen zu einzelnen Versuchen Bethek's (Remarques sur quelques expériences de B.)** ; par E. MUNZER. (*Ibid.*, p. 260 à 263.)

I. — Quoique la théorie de Bethe sur la conduction nerveuse et l'indépendance relative des fibrilles et des cellules nerveuses ait été complètement ruinée par des recherches ultérieures accomplies, soit au moyen de la méthode même de cet autour, soit par d'autres méthodes, et notamment celle de Cajal, on cite encore quelquefois la régénération autogène comme une preuve de l'indépendance embryogénique des fibres nerveuses périphériques par rapport aux cellules nerveuses. Il existe cependant de nombreux résultats contraires, en particulier ceux de van Gehuchten et de M. et F. Mais ces deux derniers auteurs avaient tout d'abord expérimenté sur le lapin, et Bethe, ayant déclaré que l'espèce avait été mal choisie, M. et F. refirent leurs expériences sur des chiens. Chez 12 individus, âgés de 14 à 36 jours au moment de l'opération, ils extirpèrent un segment du sciatique long de 10 à 15 mm. et eurent soin de glisser l'extrémité périphérique du bout cen

tral à travers le biceps et de la fixer à la face profonde de la paroi externe de la loge aponévrotique de ce muscle.

Chez quatre chiens examinés du 18e au 104e jour après l'opération, le résultat fut complètement négatif : pas de névrome du bout central, pas de fibres régénérées, dégénération totale du bout périphérique devenu complètement inexcitable par l'électricité.

Chez trois chiens tués les 39e, 107e, 171e jours, des fibres nerveuses nées du névrome du bout central traversaient la cicatrice et pénétraient dans le bout périphérique demeuré pourtant inexcitable.

Enfin sur quatre chiens, tués du 67e au 113e jour, le bout périphérique contenait des fibres régénérées venues par le tissu cicatriciel et était excitable par l'électricité.

Comme il fut possible dans tous les cas de constater la continuité des fibres régénérées du segment périphérique avec celle du bout central, les auteurs, après avoir soigneusement décrit les particularités cliniques et anatomiques de chaque expérience et envisagé toutes les causes qui peuvent agir sur la rapidité de la régénération et du retour de l'excitabilité, concluent *qu'il n'y a pas de régénération autogène des nerfs coupés.*

II. Sans apporter d'expériences nouvelles et en s'en tenant au texte même de Bethe (*Allgemeine Anat. und Phys. des Nervensystems*, 1903), M. démontre que les expériences rapportées par cet auteur ne sont pas en faveur de la régénération dite autogène. Il insiste particulièrement sur l'expérience de l' « anneau nerveux » (libération presque complète d'un segment nerveux et mise en contact définitif des deux extrémités, proximale et distale, de ce segment) ; puis il montre que les résultats rapportés par Bethe sur la régénération des fibres nerveuses des centres sont insuffisamment explicites et d'ailleurs contradictoires entre eux. Il est à noter qu'à propos de la section des racines postérieures entre la moelle et le ganglion, M. ne tient pas compte des fibres médullifuges de ces racines. CH. BONNE.

LVIII. — **Beitrag zur Diagnose des Cysticercus ventriculi quarti (Contribution au diagnostic du cysticercus du 4e ventricule)** ; par KARL OSTERWALD, de Hanovre. (*Neurol. Ctrbl.*, XXV, fasc. 6, p. 265 à 270.)

La symptomatologie est des plus variables : quelquefois la mort suit de très près les premiers symptômes ; d'autres fois le cysticerque est constaté à l'autopsie sans que rien ait fait soupçonner sa présence. Pourtant, en 1902, Bruns a décrit un syndrome qui porte actuellement son nom et qui permit deux fois de faire un diagnostic contrôlé par l'autopsie : longues périodes au cours desquelles on observe la symptomatologie générale des tumeurs cérébrales, stades intermédiaires également prolongés ; verti-

ges causés par les déplacements rapides de la tête ; absence ou manque de précision de tout autre symptôme objectif ; mort subite.

S. apporte deux nouveaux cas : 1° Femme de 37 ans ; depuis deux ans, céphalée, faiblesse et même impotence des membres inférieurs ; puis ataxie cérébelleuse, céphalée occipitale survenant par accès et souvent accompagnée de vomissements, nystagmus ; helminthiase intestinale (l'A. ne spécifie pas l'espèce rejetée). Les mouvements étendus du tronc et de la tête étaient pénibles, réveillaient la céphalalgie et causaient du vertige. Dans le décubitus, la malade maintenait au moyen des deux mains la colonne cervicale fortement fléchie en avant. Pendant les accès douloureux, le pouls devenait quelquefois plus rapide et il y avait de l'hyperthémie. Le diagnostic hésita entre sclérose en plaque et tumeur du cervelet jusqu'à ce que la mort subite mit sur la voie de la réalité. A l'autopsie, hydropsie des ventricules, notamment du quatrième, lequel contenait un cysticerque libre, calcifié, du volume d'un pois.

2° Femme « jeune », céphalée tenace depuis un an, vomissements, puis rémission complète de longue durée. Ultérieurement, céphalée plus intense entraînant la position du cou décrite dans le premier cas : démarche chancelante ; nystagmus. Les mouvements rapides de la tête ne s'accompagnaient pas de symptôme spécial. Mort subite sans autre aggravation. Le diagnostic de vraisemblance fut posé pendant la vie.

L'épendyme du 4e ventricule fut trouvé uniformément épaissi. Dans l'épaisseur du bulbe, au milieu d'une masse gélatineuse sous-jacente à l'épendyme, on trouva un cysticerque jaunâtre, du volume d'un pois, caractérisé par la présence d'une couronne de crochets.

Malgré l'absence du symptôme de Bruns (vertiges par les mouvements brusques de la tête) dans le deuxième cas, l'auteur ne considère pas comme démontré que ce signe caractérise les cysticerques *libres* dans la cavité du 4e ventricule. CH. BONNE.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XVII.— **Démence précoce paranoïde. (Diagnostic différentiel de la Paranoïa)** ; par M. le Dr Ferrarini. (*Rivista sperimentale di Freniatria*, Reggio Emilia, 1905, vol. XXXI, fasc. II.)

L'auteur commence par relater plusieurs observations qui établissent bien à son avis la différence qui existe entre la démence

paranoïde et la paranoïa. La conception clinique de Kraepelin de la démence paranoïde simple et de la paranoïco-fantastique (où mieux démence paranoïde pseudo-systématique) qui fait rentrer ces deux formes dans la démence précoce, est sans doute une des plus importantes acquisitions cliniques de ces derniers temps, mais il a, selon l'auteur, une trop grande tendance à vouloir élargir le cadre clinique de la démence précoce ; et cette tendance l'a amené à faire un tout de la démence précoce et de la paranoïa.

Pour Ferrarin, la paranoïa et la démence paranoïde sont des individualités nosologiques bien distinctes et bien séparables, par ce fait que la seconde a ceci de contraire à la première qu'elle porte toujours dans son ensemble symptomatique l'empreinte spécifique de la démence précose. Le concept krœpelinien de la paranoïa est mauvais par ce fait qu'il considère seulement comme rentrant dans la paranoïa un délire systématique à début lent, à évolution chronique et sans passage à la démence. Il est préférable et plus juste d'admettre la conception de Tanzi qui retire de la paranoïa beaucoup de délires systématisés, et qui admet l'existence de la paranoïa sans délire systématique. Tanzi comprend la paranoïa comme une anomalie de développement, comme un mode anormal de formation de la personnalité (Parafrenia de Morselli) se limitant à une simple constitution psychique paranoïque (Paranoïa sans délire) ou se rapprochant d'un délire systématisé paranoïque. Ce délire dépend donc de l'état mental plus ou moins élevé, plus ou moins restreint du sujet. Donc, entre les cadres de la démence paranoïde et ceux de la paranoïa typique, le diagnostic différentiel est en général possible.

J. Séglas.

XVIII.—**Recherches statistiques et cliniques sur le suicide chez les alcooliques** ; par Lorenzy. (*Rivista sperimentale di Frenatria.* Reggio Emilia, 1905, Vol. XXXI, fasc. II.)

Les stastistiques portant sur la ville de Pavie donnent un total de 81 suicides pendant la période 1898-1903. Sur ces 81 suicides, il y en a eu 30 dus à la noyade, 17 aux armes à feu, 8 à la pendaison, 7 aux armes blanches, 6 au poison, 6 à l'asphyxie, 4 à l'écrasement, 3 à une chute.

Dans cette statistique, ne sont pas comprises les tentatives de suicide, que l'on observe si fréquemment chez les alcooliques.

J. S.

XIX. — **Altérations particulières du langage dans un cas de démence primitive** ; par Linguerri. (*Rivista sperimentale di Freniatria.* Reggio Emilia, 1905. Vol. XXXI, fasc. II.)

On peut observer, dans certains cas de démence primitive, des troubles du langage parlé comme du langage écrit. On ne peut

prétendre décrire un mode d'altération du langage particulier à la démence précoce, mais on peut observer fréquemment des troubles de ce genre. Les troubles de la parole et des écrits dans la démence primitive ne sont pas décrits par les auteurs ; ils peuvent cependant présenter des caractères variés complètement différents de l'uniformité séméiotique que l'on observe dans le langage des paralytiques généraux. La cause en est facile à comprendre, puisque l'on ignore pour la démence primitive la base anatomique qui existe dans la paralysie générale ; ces symptômes ont la variabilité d'aspect et l'inconstance des signes fonctionnels ; mais tandis qu'il serait illogique de conclure du particulier au général, l'observation de cas analogues pourra peut-être justifier la fréquence de ces troubles. J. S.

XX. — **Un cas de paralysie générale juvénile** ; par le Dr Dzroubaix (*Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1905, n° 120).

Il s'agit d'un jeune homme, débile congénital, ayant une lourde hérédité neuro-psychopatique et hérédo-syphilitique, qui présenta à 20 ans les premiers symptômes d'une paralysie générale à laquelle il succomba au bout de six années.

A l'autopsie, on ne constata macroscopiquement aucune lésion notable du cerveau, mais l'examen histologique décela une dégénérescence scléreuse ou pigmentaire des cellules ganglionnaires et des altérations très accentuées des vaisseaux, dont les parois étaient épaissies et renfermaient un plus grand nombre de noyaux qu'à l'état normal. Autour des vaisseaux il existait en outre une grande quantité de cellules plasmatiques et des plasmazellen. C'est à cette dernière lésion que l'auteur fait jouer le principal rôle dans la production de la paralysie générale ; les altérations cellulaires seraient secondaires et consécutives. M. Deroubaix se rallie donc à la théorie de M. de Buck, d'après lequel le processus paralytique, « au lieu d'être une diapédèse, serait une granulose fibroplastique, mésenchymateuse, un processus de néoformation interstitielle ». G. Deny.

XXI. — **La classification des enfants anormaux** ; par le Dr Decroly (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, nos 122 et 123).

L'auteur passe en revue, dans ce travail, tous les essais de classification qui ont été tentés au cours des dernières années pour grouper méthodiquement les enfants présentant une anomalie quelconque (et non pas seulement intellectuelle) susceptible d'entraver leur adaptation au milieu dans lequel ils sont destinés à vivre. Après avoir fait ressortir les inconvénients qui résultent du grand nombre de nomenclatures existantes, de la grande

variété des termes et de leurs multiples acceptions, de la confusion totale qui en est la conséquence et de l'urgence qu'il y a à provoquer un accord sur les bases d'un classement qui puisse se généraliser et dont la souplesse soit telle qu'il englobe tous les cas possibles, M. Decroly propose de répartir les anormaux en deux grands groupes : les anormaux ou les irréguliers par causes intrinsèques et les irréguliers par causes extrinsèques (influence du milieu familial, scolaire, social, etc.). Parmi les premiers, il distingue : les irréguliers des fonctions végétatives (difformités et anomalies physiques, affections chroniques des organes de la vie végétative,) et les irréguliers des fonctions de relations irrégulières des sens, des mouvements, de l'intelligence, des sentiments affectifs, etc.).

On voit par ce simple aperçu que l'auteur étend considérablement les limites de l'irrégularité et que les irréguliers mentaux. idiots, imbéciles, débiles, etc.), ne constituent plus comme dans les classifications habituelles, les seuls êtres anormaux. G. D.

XXII.— **Contribution au diagnostic des irrégularités mentales. Les frontières anthropométriques des anormaux**, *d'après M. Binet*, par M. Decroly. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 4.)

Les mesures anthropométriques faites par l'auteur sur 33 enfants atteints de troubles divers (infirmités physiques, troubles du caractère, insuffisance mentale) confirment nettement les observations de Binet. Sur les 22 enfants atteints d'insuffisance intellectuelle à divers degrés, il en est 12 qui sont inférieurs à la frontière pour la somme des mesures céphaliques ; 3 cas en sont voisins, 1 cas est à la limite supérieure. Pour la taille, 5 de ces enfants sont inférieurs à la limite de Binet. Chez les 11 enfants sans insuffisance, aucun n'était inférieur à la limite pour la somme des diamètres céphaliques et il y en avait un seul pour la taille.

Les troubles qui retentissent sur le volume du cerveau et par suite sur la forme du crâne peuvent ne pas influencer la taille. En tous cas les dimensions restreintes du crâne ne peuvent pas être mises ici sur le compte d'une taille trop petite, puisqu'il n'y a que 6 enfants qui ont une taille à la frontière ou inférieure à celle-ci, tandis qu'il y en a 12 qui ont la somme des diamètres inférieurs et de ces 12 il n'y en a que 4 qui ont une taille à la frontière ou sous la frontière. G. D.

XXIII.—**Rapport de M. Motet sur un mémoire de M. Marie (de Villejuif) intitulé : « Paralysie générale et syphilis chez les Arabes.**

Chargé d'une mission en Egypte, Marie a étudié cette question

si controversée dans le service du Dr Warnock à l'asile d'Abassiet près du Caire ; 12 % des malades traités dans cet établissement sont syphilitiques (soit 79 sur 561 admis en 1901) parmi lesquels 22 sur 25 paralytiques généraux. En 1904 on y a admis 35 paralytiques sur lesquels 23 avaient eu la syphilis.

La méningo-encéphalite diffuse est donc fréquente en Egypte et la syphilis est notablement plus commune chez les les aliénés de cette catégorie que chez les autres Arabes amenés à l'asile pour des causes quelconques. Ce qui rend difficile le diagnostic de la P. G., surtout au début, chez les Arabes : c'est, d'une part, la difficulté de constater les troubles de la parole à cause de la prononciation gutturale de leur langue et, d'autre part, la difficulté de constater les troubles oculo-pupillaires à cause de la pigmentation foncée de leur œil. L'alcool, malgré la défense du Coran, ne semble pas étranger au développement de la maladie ; il en est de même du haschis. La pellagre donne lieu à un syndrome pseudo-paralytique dont les accidents cachectiques de la fin sont en tous points analogues à ceux de la paralysie générale vraie. Il n'a pas été possible à Marie de déterminer l'âge de la syphilis au moment du début de la P. G. ni l'âge de la P. G. au moment de l'internement ni même la fréquence de cette redoutable affection dans une période relativement ancienne ; les statistiques n'existant, sur les bords du Nil, que depuis l'occupation anglaise. C'est donc un appoint de plus à la théorie syphilitique de la maladie de Bayle (*Acad. de méd.* 29 mai 1906.) L. Wahl.

XXIV. — **Association des idées chez les idiots et les imbéciles** ; par les Drs Boulanger et Hermant. (*Bull. de la Société de méd. mentale* de Belgique, 1905, nos 123 et 124.)

Travail enrichi de nombreuses observations et d'expériences, qui toutes tendent à démontrer que les sensations et les représentations ne peuvent s'associer dans la mentalité de l'idiot qu'à la condition d'apparaître avec un minimum d'intensité, d'où un manque d'unité de la personnalité et une prépondérance presque exclusive des réactions automatiques. Au total la mentalité de l'idiot pèche seulement par insuffisance ou pauvreté, elle n'est ni erronée, ni viciée. En un mot, l'idiot a l'aspect juste mais borné, l'imbécile, au contraire est essentiellement perverti. L'idiot est un être qui s'est figé en quelque sorte au début de son développement ; c'est un enfant qui n'a pas eu lui-même de puissance d'évolution ou qui l'a perdue soit à un stade embryonnaire, soit à un moment très voisin de la naissance.

D'une façon générale, on peut dire que l'idiotie se caractérise par une absence de plasticité cellulaire et par une incomplétude des liquides baignant les cellules. Les deux phénomènes sont du reste absolument liés l'un à l'autre, car ces liquides ne sont ja-

mais que des sécrétions cellulaires : ceci semble se vérifier particulièrement chez les idiots myxœdémateux chez lesquels l'insuffisance thyroïdienne a pour conséquence une diminution de la plasticité cellulaire et en particulier de la plasticité cérébrale.

G. Deny.

XXV.— **L'accommodateur dans la paralysie générale** ; Dr Marandon de Montyel. (*Journ. de Neurologie* 1906, n° 3).

De ses laborieuses et consciencieuses investigations faites sur 140 paralytiques généraux, observés aux différents stades de leur affection et suivis jusqu'à leur mort, l'auteur se croit en droit d'affirmer que le réflexe accommodateur est altéré dans tous les cas de paralysie générale sans exception, à un moment ou à un autre de la maladie quand elle suit tout son cours.

Dans la presque totalité des cas les réflexes accommodateurs des deux yeux sont simultanément atteints d'un trouble identique, l'exagération de ces réflexes étant d'ailleurs tout à fait exceptionnelle. A la première phase de la paralysie générale, l'accommodateur est déjà altéré dans la moitié des cas; à la seconde dans les deux tiers et il est exceptionnel qu'il soit normal à la troisième, contrairement à une opinion très répandue.

L'exagération de l'accommodateur ne s'observe qu'à la première période, et les états différents à un œil et à l'autre, qu'aux phases initiales et intermédiaires, de telle sorte qu'à l'ultime, c'est toujours une altération en moins qu'offrent les deux yeux.

L'abolition de l'accommodateur, selon toutes probabilités, ne se produit jamais d'emblée ; elle est précédée d'un affaiblissement dont la durée est d'autant plus courte que la paralysie générale est à une période plus avancée.

G. Deny.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 16 octobre 1906. — Présidence de M. Jules Voisin.

Les enfants anormaux intellectuels.

M. Jules Voisin. — Depuis quelque temps on a trop tendance à renvoyer des écoles et à qualifier d'anormaux des enfants qui sont simplement espiègles, turbulents, inattentifs, qui troublent la classe et donnent du mal à leur professeur. Ce sont de faux anormaux. Les vrais anormaux ont tous des tares : 1° par déficit intellectuel et moral, par arrêt de développement (idiots, imbéciles

débiles), 2° par altérations intellectuelles (psychose dégénérative et psychonévroses ; épilepsie, hystérie, neurasthénie, chorée). — 3° par perte de l'intelligence (démence précoce, paralysie générale, démence épileptique, spasmodique). Il faut examiner de très près au point de vue intellectuel, les enfants dits anormaux et discerner si ce sont de vrais ou de faux anormaux. Au point de vue pratique, il est indispensable de les classer dans la catégorie qui leur convient, afin d'éviter les fâcheux effets de l'exemple ou de la contagion, car, par exemple, un dégénéré, au contact d'un vicieux, deviendra vicieux, lui aussi.

M. Bérillon. — Dans les classes, l'existence d'un seul anormal suffit parfois pour épuiser la bonne volonté et l'énergie du professeur. Toutefois à côté des enfants profondément tarés, confiés à M. Jules Voisin, à son Ecole de réforme de la Salpêtrière, il existe toute une catégorie d'enfants intraitables, indociles, indisciplinés qui ont besoin de beaucoup de mouvement au grand air. C'est pour ceux-là qu'a été fondée la maison de Créteil, véritable colonie champêtre où les enfants sont soumis à une surveillance étroite, quoique discrète, à une direction pédagogique spéciale et à un traitement psychologique approprié à leur cas. Elle est, en outre, un champ d'étude et d'observation pour les pédagogues et les psychologues.

La Société décide de faire prochainement une visite scientifique à l'Institution familiale de Créteil pour enfants anormaux afin d'apprécier les méthodes pédagogiques et thérapeutiques qui y sont employées.

Quelques nouveaux cas de trac chez des exécutants.

M. Paul Farez rapporte trois cas de trac guéris par suggestion, deux intéressant des concurrents du dernier concours du Conservatoire. Les nombreux cas de trac qu'il a guéris jusqu'ici comportaient tous, en outre de la phobie, quelque trouble somatique concomitant : spasmes respiratoires, hypertrophie du cœur, éréthisme cardiaque, bradycardie, hypertension artérielle, vaso-constriction périphérique. Ces troubles conditionnent le trac ; ils lui servent, en quelque sorte, de support, l'entretiennent, l'exaspèrent et le perpétuent ; même ils sont souvent un obstacle à la pleine et rapide réussite de la suggestion. Sans doute, la suggestion est le véritable agent curateur du trac ; mais en opposant à ces troubles une médication physiologique appropriée, soit avant, soit pendant le traitement psychologique, on prépare et précipite la guérison. Cette double action convergente psycho-somatique permet des succès rapides, faciles et durables.

Le mal de mer vrai et le mal de mer imaginaire.

M. Félix Regnault. — Désireux d'étudier, de près, le mal de

mer je me suis embarqué pendant toute la durée des vacances. Très souvent j'ai guéri le mal de mer, non par suggestion directe, mais par suggestion indirecte en faisant absorber quelques centigrammes d'une substance inerte ou anodine, dont je proclamais la grande efficacité. Mais aucun médicament psychique, aucune spécialité réputée ne peut guérir le mal de mer qui survient par les gros temps. J'en suis arrivé à distinguer, d'une part, le mal de mer vrai, contre lequel rien ne fait, (à moins que l'on ait affaire à une personne hystérique), et d'autre part le mal de mer imaginaire (produit par l'auto-suggestion, l'imitation, la crainte, etc.) dont triomphe assez facilement la médication psychique. Les médecins de marine se privent de nombreux succès en négligeant de traiter par suggestion indirecte des maux de mer imaginaires, dont j'estime la proportion à cinq sur sept.

M. Berillon. — Sans aucun doute l'auto-suggestion occupe une large place dans l'étiologie du mal de mer; aussi bien d'ailleurs que la contagion. Un jour des passagers racontaient auprès de moi des histoires de mal de mer ; je sentais que j'allais en être atteint si je ne leur avais imposé silence. Pour m'en prémunir, ou bien je m'endors, ou bien je concentre ma pensée sur la préparation de quelque article ou communication; je fais de la dérivation. Par le dressage et l'éducation, on s'entraîne, sinon à l'éviter, au moins à le supporter, grâce à l'influence des représentations mentales.

M. Paul Magnin.— Mon expérience personnelle confirme l'action de l'auto-suggestion et de l'hétéro-suggestion dans l'étiologie et le traitement d'un certain nombre de cas de mal de mer.

M. Paul Farez.— M. Regnault dit que la suggestion ne saurait guérir un mal de mer vrai que chez les hystériques. Cependant, prenons, par exemple, le cas suivant: la mer est très mauvaise, tout le monde souffre du mal de mer; survient le danger d'incendie, d'échouement, de voie d'eau ; l'émotion est si intense que le mal de mer est supprimé chez tous. On ne saurait soutenir que tous étaient des hystériques ou que tous n'avaient qu'un mal de mer imaginaire. Cette dérivation de l'attention a donc suspendu un certain nombre de maux de mer vrais; la suggestion est donc légitime, même contre ces derniers.

M. Bérillon. — M. Paul Farez et moi-même avons immunisé contre le mal de mer des gens qui n'étaient pas le moins du monde hystériques, qui avaient une volonté vaillante et savaient se défendre de l'auto-suggestion. La suggestion thérapeutique guérit le mal de mer non seulement d'origine psychique, mais aussi d'origine viscérale.

M. Binet-Sanglé. — D'après M. Regnault, si la suggestion guérit le mal de mer, c'est qu'il est imaginaire : si elle ne le guérit pas, c'est qu'il est vrai. Mais la suggestion de l'un échoue là où la

suggestion de l'autre réussit. L'efficacité d'une suggestion varie suivant l'opérateur et suivant le procédé employé ; elle ne saurait dans ce cas, servir de pierre de touche infaillible.

M. Valentino. — En effet, on ne nous apporte aucun élément de diagnostic entre le mal de mer vrai et le mal de mer imaginaire ; on devrait nous dire en quoi ils se distinguent l'un de l'autre.

M. Le Menant des Chesnais. — Si le mal de mer imaginaire est seul justiciable de la suggestion, notre pratique médicale nous expose à de nombreux déboires ; avant d'instituer le traitement suggestif, nous aurions besoin de savoir si le cas est imaginaire ou vrai, c'est-à-dire s'il est justiciable ou non de la suggestion.

M. Félix Regnaun. — Sans doute je ne peux pas vous fournir de moyen de diagnostic. Mais, dans votre pratique nerveuse, il vous arrive, à chaque instant, d'instituer le traitement suggestif pour savoir si tel symptôme est d'origine organique ou d'origine fonctionnelle ; la suggestion vous sert de pierre de touche ; grâce à elle, vous faites un diagnostic. Quant à la distinction entre le mal de mer vrai et le mal de mer imaginaire, elle m'est apparue comme une vérité d'expérience.

MM. Pau de St Martin et Bony rapportent des cas personnels ; ni l'auto-suggestion, ni l'approche d'un danger n'ont modifié l'intensité de leur mal de mer.

MM. Lepinay et Pottier expose les modalités du mal de mer chez les animaux, lesquels subissent aussi l'influence de la contagion.

Cette question est maintenue à l'ordre du jour de la Société et la suite de la discussion est renvoyée à la séance de novembre.

BIBLIOGRAPHIE

IX. — *Rapport médical et compte rendu administratif de l'asile de Dury-les-Amiens*, par le Dr Charon, médecin directeur. Redonnet, imprimeur à Amiens.

Population au 1er janvier 1905 : 539 (270 H ; 269 F). Entrées : 147 (71 H ; 76 F). Sorties : 93. Décès : 60 (32 H ; 28 F). Restants au 31 décembre 1905 : 533 (265 H. ; 268 F.). Pendant la dernière période décennale la population s'est élevée de 580 en 1896 à 686 en 1905 : au point de vue clinique les admissions sont rangées sous trois grandes classes : *démences congénitales, démences acquises, psychoses.*

« Aux âges extrêmes de la vie, l'assistance collective présente

des indications et réclame des moyens très différents, selon qu'il s'agit de l'enfance et de la vieillesse.

« Le traitement des jeunes arriérés de toutes classes, ainsi que l'a démontré la belle expérience de Bourneville, peut conduire à des résultats importants au point de vue non seulement de l'amélioration, non seulement de l'individu, mais encore de la morale et de la santé publiques.

« Avec les méthodes spéciales et les conditions restrictives qu'il comporte, ce traitement doit être assuré à l'asile et soumis au régime général des aliénés, comme l'a admis le Conseil général de la Somme en décidant généreusement la construction d'un quartier d'enfants à l'Asile de Dury.

« Il n'en est pas de même pour la vieillesse. La sénilité, qu'elle se traduise par de l'affaiblissement physique et intellectuel, simple, ou compliqué transitoirement d'excitation ou de turbulence, paraît devoir rester dans le domaine particulier de l'Assistance des vieillards et ne devoir prendre place que d'une façon tout à fait exceptionnelle à l'Asile d'aliénés.

« Que la plus grande part des résultats curatifs porte sur les formes les plus fréquentes et les plus simples de la manie et de la mélancolie ; que ces résultats curatifs se produisent généralement dès les premiers temps de l'admission à l'asile et d'autant plus rapidement que le début des troubles intellectuels est plus récent : ce sont aujourd'hui des vérités banales et qu'il serait inutile de redire, si l'on ne voyait encore aussi souvent des malheureux traîner leur délire, dans les familles, dans les hôpitaux, dans les maisons de spécialistes équivoques, ou même dans les rues, pendant des semaines et des mois, pendant assez longtemps parfois pour verser dans l'incurabilité, le crime ou le suicide, avant de venir échouer définitivement à l'asile.

C'est en janvier et en août que les décès ont été les plus nombreux. Sur 60 décès, 4 par *tuberculose* et un par péritonite tuberculeuse.

« 50 °/₀ des *décès* se sont produits pendant les six premiers mois de séjour à l'asile, dont plus de la moitié pendant les deux premiers mois. Il suffit de voir l'état de misère, d'affaiblissement, de malpropreté, dans lesquels nous recevons un grand nombre de nos entrants déjà épuisés par la maladie, pour s'expliquer la cause de la mortalité énorme qui les frappe. Cette année comme les précédentes, il faut continuer à regretter que la coalition des préjugés étroits, des petits calculs et des habitudes administratives s'oppose trop souvent au traitement hâtif des maladies cérébrales et compromette gravement la raison et l'existence d'un trop grand nombre d'aliénés.

Dans le chapitre consacré au *traitement*, M. le Dr Charon, après avoir dit quelques mots de l'alitement, insiste sur la *médication*

hydrothérapique qui forme un élément de traitement important mais qui doit être administré dans des conditions d'organisation parfaite. Avec notre nouvelle installation nous pourrons sans doute étendre son application, sans avoir à tenir compte de la température extérieure. Dans l'état actuel, nous avons dû limiter à la durée de la belle saison, les douches et bains prolongés qui sont un des moyens les plus efficaces contre les troubles de l'activité générale.

« 1.100 douches en jet ont été appliquées à des malades déprimés, ralentis, cristallisés ou catatoniques, à tous ceux qui manquaient de réactions périphériques. Dans ces cas le jet d'eau agissant mécaniquement, à l'instar d'un massage excitant, il nous a paru indiqué de renoncer à la douche froide généralement mal acceptée, et de lui substituer la douche tiède ou chaude, qui nous a donné de meilleurs résultats.

« Contre les états d'agitation à forme maniaque, nous avons usé des bains de durée, variant de 1 heure à 4 heures, 330 bains de durée ont été donnés représentant un total de 784 heures, que se sont partagés à dose inégales, une quarantaine de malades.

L'asile possède un laboratoire de recherches aussi nécessaire dans un asile bien organisé que dans tout autre établissement hospitalier.

« L'installation, que nous avons inaugurée en 1905, dit M. le Dr Charon et qui est alimentée par nos constatations nécropsiques, sera complétée au fur et à mesure des besoins. Sa jeunesse ne nous a permis, jusqu'à ce jour, que les examens courants de microbiologie, de diagnostics d'exsudats, et quelques études cytologiques mais la compétence et le zèle de nos collaborateurs, le Dr Tissot, médecin-adjoint, et le Dr Mézie, médecin-interne, nous sont un sûr garant des résultats intéressants auxquels nous conduira son amélioration progressive.

M. Charon termine son rapport par des considérations très intéressantes sur l'enseignement du personnel secondaire.

« L'insuffisance du personnel secondaire des asiles, dit-il, a fait depuis longtemps et surtout depuis quelques années, à l'occasion d'accidents particulièrement graves, l'objet des préoccupations unanimes des aliénistes, des pouvoirs administratifs et de l'opinion publique. L'augmentation numérique, l'amélioration des

(1) Une première série de conférences a été faite par M. Charon sur les *devoirs professionnels des infirmiers* : 1° sur les *conditions matérielles et morales des infirmiers* ; 2° sur les *rapports des infirmiers avec leurs camarades et avec leurs chefs* ; 3° sur les *rapports des infirmiers avec les malades* ; 4° sur les *rapports des infirmiers avec les familles des malades et sur leurs relations hors de l'asile.* — A rapprocher des conférences de M. le Dr Levet. Nous aurions été heureux d'incorporer leurs brochures dans la *Bibliothèque de l'infirmière.*

conditions matérielles et morales de ce personnel, permettant une sélection plus rigoureuse dans le choix des candidats et dans la distribution des emplois, avec l'organisation d'un enseignement professionnel et moral dans les milieux d'hospitalisation mêmes, sont sans aucun doute, les moyens les plus simples et les plus efficaces de remédier progressivement à cette insuffisance. Nous en avons déjà entrepris l'application, dans la limite de nos ressources, en augmentant les avantages, les salaires et les libertés de nos infirmiers, en assurant à tous le bénéfice d'un service de retraite pour la vieillesse et aussi en organisant un service régulier de *conférences*, destiné non seulement à élever et à maintenir, au niveau qu'elle doit avoir leur conscience morale, dont dépend le bien-être des malheureux dont nous avons la charge et le bon renom de notre régime d'assistance. »

Le compte-rendu administratif se termine par un passage qui mérite d'être cité : « La réalisation du projet d'agrandissement voté par le Conseil général à sa session d'août 1905, approuvé par le ministère de l'intérieur et dont les travaux vont commencer incessamment, comblera prochainement les deux grandes lacunes qui existaient encore à l'asile de Dury, et assurera dans des conditions satisfaisantes le traitement des maladies incidentes, des psychoses aiguës, et l'*hospitalisation des enfants arriérés*. » *Laboratoire, enseignement du personnel secondaire*, hospitalisations et nous l'espérons bien, *traitement médico-pédagogique des arriérés*, voilà des réformes qui font honneur au Conseil général de la Somme et à notre collaborateur M. Charon. Nous les enregistrons avec la plus grande satisfaction et les signalons à nos collègues des asiles.

X. — *Rapport sur le service médical de l'asile d'Armentières pour l'année 1905*; par M. le Dr Chardon, médecin directeur.

La population traitée va en augmentant d'année en année. De 1174 en 1901, elle est remontée à 1315 en 1905. Existants au 1er janvier 1905, 996 (H. 900 ; F. 46). Entrées 339 (24 placements volontaires, chiffre bien bas par rapport aux placements d'office (315), qui indique la difficulté de placements. C'est en mai qu'ils ont été le plus nombreux (38), 65 par excès alcooliques. Sorties; 114, dont 46 par guérison et 23 par amélioration ; décès 217 ; restants au 31 décembre 1905, 984 (937 H., 47 F.). — « La *paralysie générale*, comme toujours, est la maladie la plus fréquemment constatee (88 malades en 1905).

« Le laboratoire continue à rendre les services multiples que nous signalions l'an dernier et c'est aux méthodes qui y sont pratiquées que nous demandons chaque jour les renseignements les plus importants. Examens cytologiques des épanchements pleuraux, séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, nous permettent de

diagnostiquer avec précision les états morbides constatés chez nos malades et de mettre rapidement en œuvre, pour leur plus grand bénéfice, les moyens thérapeutiques dont nous disposons. C'est au laboratoire que nous pratiquons les examens histologiques des organes recueillis aux autopsies ; grâce à cet examen nous pouvons chaque année nous livrer à des études diverses ayant pour objet les maladies mentales et les lésions qui les déterminent. Les résultats de ces recherches sont communiqués à la Société de médecine du département du Nord et publiés dans diverses revues spéciales. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces publications, cependant signalons l'étude que nous avons faite des rémissions qui surviennent de la paralysie générale, celle de l'influence des maladies intercurrentes sur l'évolution de l'épilepsie et enfin l'étude de 21 cas d'idiotie avec autopsie, dans laquelle nous avons étudié les lésions si variées que nous avons pu rencontrer. Ce travail, fait en collaboration avec M. le Dr Raviart, médecin-adjoint, abondamment illustré, a paru dans l'*Echo médical du Nord* du 17 décembre 1905. » C'est un document important pour l'étude des différentes idioties.

La statistique ci-après montre que l'hydrothérapie est d'un usage courant.

Bains ordinaires	17.520
Bains prolongés	142
Bains médicamenteux	336
Affusions	1.009

Il est procédé régulièrement à la vaccination des malades et des infirmiers récemment entrés.

Voici quelques considérations sur les maladies incidentes et la tuberculose : « La tuberculose pulmonaire n'exerce pas de grands ravages à l'asile grâce au fonctionnement régulier de notre pavillon d'isolement. Nous n'avons plus à déplorer des cas intérieurs, toute contamination devenant impossible : aussi les quatre cas mentionnés sur notre tableau ont-ils été observés chez les nouveau-venus.

« Quant au fonctionnement du pavillon Trélat, où sont isolés nos tuberculeux, nous ne pouvons que répéter ce que nous en disions l'an dernier, à savoir qu'il nous donne toute satisfaction et que nous obtenons des malades qui s'y trouvent et des gardiens qui les soignent tout ce que nous leur demandons. Les accidents aigus n'y existent pour ainsi dire pas et bon nombre de malades qui présentaient des symptômes très nets de tuberculose pulmonaire sont suffisamment améliorés pour que ces lésions doivent être recherchées. »

VARIA

Les aliénés en liberté

Sous ce titre: *Une pauvre folle*, l'*Union Libérale*, de Dinan, du 30 septembre, raconte le fait suivant : « Depuis longtemps, une pauvre folle, de Plévenon, atteinte de la *manie de la propriété*, prétend que la moitié de la commune lui appartient. Elle se rend fréquemment chez le maire et chez le notaire et les importune de ses réclamations. Cette déséquilibrée, la nommée Chrétien, possède quelques ressources qui lui permettraient de payer sa pension dans un asile d'aliénés. On est unanime dans le pays pour réclamer son internement. » Si elle ne possédait rien, on ne parlerait pas probablement de son internement et cependant l'urgence n'en existerait pas moins.

Les aliénés en liberté

La folie. — Un charretier, M. Charles Batours, âgé de quarante-neuf ans, demeurant rue des Haies, *présentait depuis quelques mois des signes évidents de dérangement cérébral*. Il prétendait que sa femme avait une « mine d'or dans le ventre ». Obsédé par cette idée fixe, il s'en allait, annonçant à ses amis et aux commerçants du quartier la bonne nouvelle ; il allait être riche, quelle joie ?....

Hier, pendant le déjeuner, il tracassa son épouse, puis après s'être montré plus aimable que d'habitude, il saisit un couteau sur la table et s'écria : Je vais t'ouvrir le ventre ? cette opération est indispensable... — Sa femme poussa des cris qui attirèrent les voisins, mais le charretier les regarda étrangement et dit : — Je trouve cela naturel.

Ce ne fut pas l'avis des locataires qui prévinrent M. Deslandes, commissaire de police du quartier de Charonne. Le magistrat a fait conduire le fou à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Folie mystique. — Après un songe, un tailleur hindou se coupe la langue devant l'image d'une divinité. On télégraphie de Cawnpore (Bengale) : « Un tailleur hindou a payé un lourd tribut à sa foi en les rêves. « Dans un songe, la déesse Papeshurri Davi lui apparut et lui demanda sa langue. Lorsqu'il s'éveilla, il alla dans le temple et, devant l'image de la divinité, il tira énormément sa langue et la coupa. Les médecins de l'hôpital, où il a été transporté, ne répondent pas de sa vie. » (Le *Journal* », 3 sept. 1906.)

Après avoir blessé trois personnes à coups de couteau, un fou est tué par l'une d'elles. — Perpignan, 2 septembre. (Par dépê-

che de notre correspondant particulier.) — A Elne, près de Perpignan, un chemineau nommé Frances Auguste, trente-cinq ans, pris d'un accès de folie, pénétrait dans le domicile d'un journalier, Jean Malis, blessait de trois coups de couteau la femme de ce dernier, et frappait d'un coup de la même arme un voisin, Dadies, Pierre, qui venait au secours de la victime. Un conseiller municipal, M. Grauby, Victor, charpentier, qui passait, voulut désarmer le fou, mais ce dernier le blessa d'un coup de couteau. M. Grauby prit alors une longue vrille et en porta un coup au sein droit de Frances, qui fut tué instantanément. L'état des trois blessés est grave. (« Le *Journal* », 3 sept. 1906.)

UNE DESCENTE DE JUSTICE.

A la Ronce, en notre commune, habitaient les époux Chény, le mari, âgé de 48 ans, et la femme, né Guédet, Clémentine, âgée de 60 ans. Celle-ci était faible d'esprit mais elle avait possédé quelques milliers de francs, et, sans hésiter, Chény l'avait épousée malgré leur différence d'âge. Ils s'étaient ensuite installés dans un petit bordage, mais en peu de temps, le pécule apporté par la femme avait disparu, et Chény avait dû reprendre son métier de journalier. Il ne revenait plus que de temps à autre chez sa femme et parfois, disait-il, il lui administrait des corrections...paternelles.

La femme Chény d'ailleurs, que sa faiblesse d'esprit avait, depuis longtemps, rendu le jouet des gamins et des mauvais plaisants, s'était aigrie et était devenue insupportable. Un jour du mois de septembre, comme elle allait à la Croix-Marcé pour y faire une commission, elle passa sur un chemin en construction où travaillait six ou sept ouvriers. Elle fut interpellée par la femme de l'un d'eux, le sieur Richard. Des mots on en vint aux mains et la femme Richard qui est jeune et agile sauta sur la femme Chény, lui releva ses jupes et lui mit tout le bas du corps à découvert, puis elle lui donna le fouet en présence de tous les ouvriers.

La femme Chény, s'étant relevée après cette scène, alla à la Croix-Marcé faire ses achats puis elle revint par le même chemin. Richard était là. La femme Chény s'attaqua à lui disant que sa fille allait avoir un enfant. Richard lui envoya aussitôt un coup de pied dans le bas du dos avec une violence telle que les ouvriers crurent qu'il avait frappé avec un marteau. La femme Chény tomba à terre, puis elle se releva difficilement et rentra chez elle.

Quatre ou cinq jours après, comme elle se traînait chez sa voisine, Mme Chauvin, elle lui fit voir l'endroit où le coup avait porté, Mme Chauvin remarqua au-dessus des fesses du côté droit, une contusion large de vingt centimètres, noire comme du charbon. La femme Chény pouvait à peine se redresser. Ses voi-

sins firent prévenir son mari, qui revint à la maison et le 26 octobre, sa femme lui raconta dans quelles circonstances elle avait été frappée par Richard. Chény manda immédiatement M. le docteur Rocheron, de Vibraye, qui purgea la blessée et lui ordonna une potion. Mais la maladie empira et la femme Chény rendit le dernier soupir. C'est le 3 nov. que la gendarmerie de Vibraye fut prévenue par Chény que sa femme était décédée à la suite des coups qu'elle avait reçus desépoux Richard. Le 5 novembre, les gendarmes se rendaient à Lavaré et entendaient les témoins de la scène décrite plus haut. Lelendemain, ils prévenaient le Parquet de Saint-Calais.

Le 7 novembre, en conséquence, arrivaient à Lavaré M. Lecouffe procureur de la République, M. Jamin, juge d'instruction et son greffier, M. Barrier. Un médecin légiste, M. Guitton, procédait à l'autopsie de la femme Chény dont le corps avait été déposé dans un hangar, près du cimetière. Toute la population de Lavaré se pressait aux environs, et bientôt le bruit se répandait quo le médecin avait déclaré que la femme Chény était réellement morte des coups qui lui avait portés Richard. Le juge d'instruction pendant ce temps, entendait des témoins. Il avait interrogé Richard et sa femme et, finalement, il a mis le premier en état d'arrestation laissant en liberté la seconde qui est mère de trois enfants. Richard est âgé de 40 ans, sa femme, Morencé, Ursule, en a 36. Au moment où les magistrats quittaient Lavaré, celle-ci parlant de l'arrestation de son mari disait : « Mon mari ne peut-être puni, car « elle emm.... tout le monde, et c'est son homme qui lui f... le « plus de coups »

La descendance d'un alcoolique.

On annonce de Londres que la commission des asiles d'aliénés du Lancashire ayant constaté l'accroissement constant dn nombre des faibles d'esprit et l'hérédité de leur mal, a émis hier un vœu en faveur d'une intervention de la loi pour empêcher les fils de fous de se marier et de propager ainsi leur folie.

La commission a rappelé à l'appui de son vœu les résultats d'une enquête faite aux Etats-Unis, qui établit que, d'un dégénéré alcoolique né là-bas en 1720, il est issu douze cents descendants dont la plupart ont dû être internés dans des asiles d'aliénés ou emprisonnés comme criminels et dont l'entretien a coûté à l'Etat un million et demi de dollars, soit sept millions cinq cent mille francs. (*Le Petit Var*, 6 septembre 1906).

Aliéné incendiaire.

Dans la nuit du 4 au 5 septembre, vers deux heures et demie du matin, l'alarme était donnée dans la commune de Breuil-le-Vert (Oise). Le feu venait de se déclarer à deux meules l'une de

gerbes, l'autre de paille. Elles furent toutes les deux détruites. Il a été facile de connaître les causes de ce sinistre. Au pied d'une meule et avant qu'elle ne soit complètement enflammée on a trouvé une enveloppe à l'adresse d'un nommé Baudry (Auguste), dit Minadoux, interné à l'asile d'aliénés.

Au dos était écrite au crayon une prose incohérente. L'auteur écrivait que plusieurs personnages, plus ou moins imaginaires, le forçaient à mettre le feu pour venger ses enfants victimes de nous ne savons qu'elle persécution. Il terminait en demandant pardon au propriétaire des meules. Le papier était signé Baudry.

L'incendiaire s'était évadé mardi matin de l'asile. Dans l'après-midi il était monté au sommet d'une de ces meules, y avait fait un trou où il s'était couché après s'être déshabillé. Un domestique de M. Feutry l'avait surpris dans cette position mais s'était borné à le chasser. (*Semeur de l'Oise*, 9 septembre 1906.)

TERRIBLE SCÈNE DE FOLIE.

Il s'est déroulé à la gare centrale du chemin de fer de Milan une scène terrible. Un jeune homme des Romagnes, âgé de 27 ans, nommé Rossi, voulait partir par le train de 1 h. 40 ; on lui fit remarquer que son billet — il venait de Chiasso — ne lui en donnait pas le droit. Pris tout à coup de folie furieuse, il tira de sa poche un grand couteau et se mit à frapper au hasard autour de lui. Six personnes furent ainsi frappées : un inspecteur des chemins de fer, un médecin militaire, un colonel d'artillerie, un cordonnier, un manœuvre et un brigadier de gendarmerie. L'inspecteur des chemins de fer a eu le cœur traversé et est mort sur le coup.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS.— *Mouvement d'octobre.*— M. le Dr DESWERTE, médecin-adjoint à Evreux, nommé directeur médecin de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Dr Brocquère, mis en disponibilité. M. le Dr GOSSA, médecin-adjoint promu au grade de médecin en chef et maintenu dans les fonctions de médecin inspecteur du service des aliénés des Alpes-Maritimes. M. le Dr AMELINE, médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, Cher, promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Distinction honorifique. — Lettre de félicitations pour acte de courage et de dévouement : M. Fortias, employé à l'asile d'aliénés de Montdevergnes (Vaucluse.)

DÉCOUVERTE D'UN CADAVRE. — *Saint-Denis.* — On a découvert dans les cabinets d'aisances de l'hospice de Saint-Denis, le cadavre d'un vieillard âgé de 73 ans, Antoine Colomb, mort depuis

plusieurs jours. On le croyait disparu de l'hospice. On suppose que le vieillard, qui *ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales*, se sera enfermé par mégarde et sera mort d'inanition. (*L'Aurore*, 25 juin 1906.)

Triste accident. — L'autre soir, à Mantilly, Louis Lelandais, 30 ans, qui a l'*esprit faible*, disparaissait de chez son père avec son fusil. On se mit à sa recherche, mais en vain. Vers minuit, on entendit une détonation et aussitôt Louis Lelandais rentra. Il avait le visage mutilé ; la partie inférieure de la mâchoire, la bouche et le nez étaient enlevés ; les chairs et la peau déchiquetées pendaient en lambeaux jusque sur la poitrine ; les yeux seuls étaient intacts. Il est peu probable que ce malheureux puisse survivre à ses blessures. On ignore comment ce malheur est arrivé (*Bonhomme normand*, 22 juin).

La moralité de l'enfant. — Un petit garçon de dix ans atteint d'orchite blennorrhagique, dans le Maine-et-Loire, une petite fille de douze et demi qui vient d'accoucher à Marseille, voilà les occupations qui ont retenu deux écoliers pendant les vacances (*Journ. des Sciences médic. de Lille*). La surveillance des enfants n'est, certes, pas commode pour certaines familles où le père et la mère sont retenus loin du logis pendant toute la journée, et il n'est pas rare de voir des enfants abandonnés à eux-mêmes depuis le réveil jusqu'à une heure avancée de la soirée, libres dans la maison et dans la rue, sous le contrôle et la surveillance peu efficace des voisins ou des commerçants. Il serait à souhaiter que les colonies de vacances puissent recueillir durant ces mois de véritable vagabondage les enfants restés sans surveillance. Bien nourris et soumis au contrôle régulier du médecin, ils ne pourraient que gagner à ce stage en campagne. On éviterait ainsi les liaisons entre garçons et filles vicieuses, les infections vénériennes et les puerpéralités précoces. B. P.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Brito Belford Roxo (H.). — Molestias Mentaes e Nervosas. 1 vol. grand in-8° de 310 pages. Rio de Janeiro.

Forel (A). — L'aine et le système nerveux. 1 vol. in-8° de 340 pages. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Prix : 5 fr.

Garnier. — Rapport médical sur l'asile départemental des aliénés de Dijon. Brochure de 70 pages. Sirodot à Dijon.

Gowers (R — Bordeland of Epilepsy : vertigo. Brochure de 22 pages. London

Gowers. — A Lecture on Dendritis and disease. Brochure de 13 pages. London.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. XXII. Décembre 1906. N° 132

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE

L'analyse mathématique des courbes de fatigue comme procédé de diagnostic dans les maladies nerveuses ;

Par Mlle le Dr I. IOTEYKO
Chef des travaux au laboratoire de psycho-physiologie de l'Université de Bruxelles,
Présidente du premier Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie,
Présidente de la Société belge de Neurologie.

L'étude des courbes ergographiques n'a révélé, jusqu'à présent, rien de bien particulier sur les maladies nerveuses et mentales, à part quelques caractéristiques telles que tremblements, irrégularités, arrêts, etc. On peut dire que l'ergographe n'a servi jusqu'à ce jour que comme mensurateur de la force. C était donc une espèce de dynamomètre, plus perfectionné que le dynamomètre elliptique, mais en revanche d'un maniement plus difficile. Cela explique, me semble-t il, pourquoi, en clinique, on a si rarement recours à l'ergographe, et, quand il s'agit de la mesure de la force, on revient toujours à l'ancien dynamomètre.

Pour que l'usage de l'ergographe puisse se répandre en neuro-pathologie, il faudrait que cet instrument nous renseignât non seulement sur l'état de la force, mais aussi sur le siège de la lésion ; en un mot, il faudrait qu'il puisse nous fournir quelques éléments de diagnostic. Or, quand il s'agit de diagnostic, la clinique ne recule pas devant un examen minutieux et délicat, comme le prouvent les différentes explorations médicales, telles

que l'électro-diagnostic, la ponction lombaire, l'examen histologique des fibres musculaires sur le vivant, l'examen du sang, etc., etc., et finalement l'examen microscopique des pièces anatomiques.

Dans cette communication, mon intention est de vous parler de l'ergographie appliquée au diagnostic des maladies nerveuses ; autrement dit, j'ai à vous entretenir des révélations que peut nous fournir l'ergographe, non seulement quant à la source de travail mécanique, mais aussi quant à la *nature* de cette force.

La réponse à cette question paraît tout d'abord très difficile, car on est encore dans le doute quant à l'interprétation de la courbe ergographique normale. Quels en sont les facteurs ? Quels sont les phénomènes physiologiques, multiples et compliqués, qui se combinent entre eux pour produire l'état de fatigue ? La fatigue physiologique est-elle d'origine centrale ou périphérique ?

Ce sont là des questions que j'ai abordées expérimentalement depuis bientôt dix ans. et le résumé s'en trouve dans mon article *Fatigue* du dictionnaire de physiologie de Ch. Richet.

Mais ce qui ne se trouve pas dans cet article, ce sont mes dernières recherches entreprises depuis trois ans et relatives à l'analyse mathématique des courbes de fatigue et aux conséquences physiologiques d'une telle étude. Ces recherches se trouvent exposées dans un volume : *Les lois de l'ergographie* (1904, 172 p., chez Lamertin à Bruxelles, chez Maloine à Paris).

Actuellement, je désire pousser la question encore plus loin et vous dire quelles peuvent être les applications de cette étude au diagnostic des maladies. Cette communication n'est que préliminaire, c'est à-dire que la partie physiologique du travail étant étudiée à fond, la partie pathologique n'en est qu'une esquisse, dont le but est d'initier les médecins à ces méthodes de recherches et de les encourager à faire quelques essais dans cette nouvelle direction.

Il est clair que, seules, les méthodes mathématiques peuvent fournir l'interprétation des courbes ergographiques, en nous donnant la clé de toute l'ergographie, aussi bien normale que pathologique.

Disons tout de suite que les méthodes mathématiques peuvent être appliquées aux sciences expérimentales dans deux cas bien distincts. Si nous avions une connaissance approfondie de tous les éléments qui déterminent le mouvement en fonction du temps, nous pourrions établir une loi mathématique *théorique* de l'effort et de la fatigue. Mais nos connaissances actuelles ne nous permettent pas encore de poser une équation théorique de l'effort. Or, à défaut d'une équation théorique, on peut poser une équation *empirique*, qui est l'expression la plus rigoureuse des faits trouvés expérimentalement. On peut demander aux mathématiques leur aide afin de débrouiller les éléments qui apparaissent confus dans une courbe. Autrement dit, l'interprétation physiologique des *paramètres* (ou constantes) d'une courbe permet de la décomposer en ses facteurs constituants. Grâce à la collaboration mathématique de M. Ch. Henry, de la Sorbonne, l'équation empirique de la courbe de fatigue a pu être trouvée (1).

La courbe ergographique (*Fig.* 22) est une parabole de 3e degré dont l'équation est $\eta = H - at^3 + bt^2 - ct$.

η étant la hauteur de n'importe quelle contraction, H, l'effort maximum initial (en millimètres), t, temps (unité de temps = 2 secondes, les contractions se faisant d'habitude à ce rythme), a, b, c, des constantes ou paramètres. Cette loi mathématique peut être exprimée de la façon suivante en langage physiologique : la courbe ergographique se trouve à chaque instant sous l'influence de trois facteurs (les constantes ou paramètres) agissant pour leur propre compte. Parmi les constantes, b est positive, c'est-à-dire qu'elle élèverait la courbe ergographique suivant le carré du temps ($+ bt^2$) si elle agissait seule. Les deux autres constantes sont négatives ; la constante c, dans le cas où elle agirait seule, tendrait à faire abaisser la courbe proportionnellement au temps ($- ct$) ; et la constante a agissant seule, tendrait à faire abaisser la courbe suivant le cube du temps ($- at^3$).

(1) Dans toutes ces expériences j'ai employé constamment l'ergographe de Mosso, qui, malgré ses imperfections, est bien supérieur aux autres modèles d'ergographes qu'on a proposés dans ces derniers temps.

Comme elles agissent toutes à la fois, et d'une façon constante d'un bout à l'autre de la courbe, celle-ci est le résultat de l'action combinée de ces trois facteurs (paramètres ou constantes).

Les constantes ou paramètres peuvent être reliés à des caractéristiques physiologiques. Dans mon volume déjà cité, j'ai accumulé de nombreuses preuves qui montrent

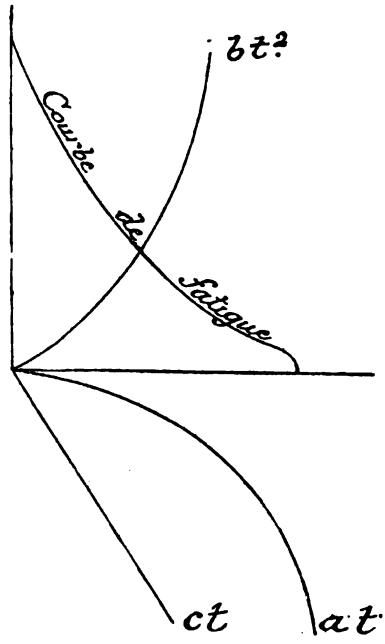


Fig. 22.

avec toute certitude que le paramètre positif *b* est dû à l'action des centres nerveux, dont l'effort grandit au cours du travail ergographique pour lutter contre la paralysie du muscle. La constante négative *a* est attribuée à l'usure des albuminoïdes et à l'intoxication du muscle par les toxines musculaires issues de la décomposition des matières albuminoïdes.

Les paramètres ont respectivement la même valeur

dans des courbes identiques graphiquement. Mais la valeur des paramètres (exprimables par des nombres) change avec toute modification dans la *forme* de la courbe. Il en résulte qu'en changeant les conditions expérimentales, on change la forme de la courbe et, en même temps, la valeur des paramètres. Voici le résumé très succinct des expériences que j'ai instituées à ce sujet, expériences qui avaient pour but de vérifier la signification attribuée aux paramètres. Les données recueillies ont pu être utilisées après comme méthode nouvelle de recherches.

Les expériences avec *l'alcool* ont été instituées principalement dans le but de vérifier la signification attribuée à la constante positive b, car l'on sait que l'alcool à petites doses exerce une action excitante sur les centres nerveux. Sous l'influence de petites doses d'alcool (20 à 30 gr. d'alcool à 50°), le travail mécanique est considérablement accru. La courbe alcoolique change de forme, en s'allongeant considérablement. Le calcul des paramètres des courbes modifiées par l'alcool a montré une augmentation du paramètre b et une diminution du paramètre a.

L'augmentation de b sous l'influence de l'alcool confirme la signification physiologique attribuée à ce paramètre, qui traduit l'action excitante des centres nerveux à l'égard du muscle.

La diminution de a montre que l'intoxication produite par le travail musculaire est beaucoup moins forte quand le sujet a pris de l'alcool en petite quantité que quand il n'en a pas pris. Comment expliquer la diminution de toxines dans le muscle légèrement alcoolisé ? Une seule explication me paraît possible, et elle est conforme aux données physiologiques récemment établies quant à l'action de l'alcool. A côté des effets excitants qu'il produit sur le système nerveux et qui le font ranger parmi les poisons redoutables quand il est pris en excès, l'alcool est un aliment. Si l'alcool est un aliment, il fournit au muscle qui travaille de nouveaux matériaux ternaires, facilement assimilables, ce qui permet au muscle de continuer encore le travail sans la nécessité d'attaquer les matériaux albuminoïdes contenus en lui. Or, si la dépense d'albuminoïdes est diminuée grâce à l'alcool, les

toxines doivent nécessairement diminuer dans la même mesure. C'est ainsi qu'on arriverait à s'expliquer le rôle d'élément d'épargne, d'antidéperditeur accordé souvent à l'alcool : il épargnerait les matériaux albuminoïdes en fournissant aux muscles un produit ternaire *rapidement combustible* et pouvant être utilisé instantanément.

Comment se comporte le *sucre*, qui est un aliment par excellence, mais qui n'est pas un excitant. Ici se place le travail de Mlle Kipiani qui a fait dans mon laboratoire une étude complète de l'ergographie du sucre (1).

Le calcul des paramètres des courbes modifiées par l'ingestion de sucre a montré une diminution des paramètres *a*, *b* et *c*, et une augmentation de *H* par rapport à l'état d'inanition, dans lequel ont été prises les courbes témoins. La diminution de *c* montre que la perte de puissance due à la consommation des hydrates de carbone est diminuée, ce qui est en rapport avec avec l'action alimentaire du sucre. La diminution de *a* montre que les toxines sont en quantité moindre. Enfin, le paramètre *b* non seulement n'augmente pas comme avec l'alcool, mais il diminue dans la courbe-glucose comparativement à l'état d'inanition, ce dernier s'accompagnant d'excitation cérébrale. Le travail mécanique est considérablement augmenté après l'ingestion de sucre. Le résultat est donc absolument tel que le raisonnement l'avait prévu.

Les expérience faites avec l'*anémie du bras* ont montré une diminution très notable du travail mécanique avec diminution de la hauteur moyenne. Quant aux paramètres, *a* (toxines) est considérablement augmenté, les substances toxiques produites par le travail restant sur place ; *b* (action des centres) est augmenté, ce qui s'explique par la nécessité, pour les centres nerveux, d'envoyer des excitations plus fortes quand l'inertie dans les muscles anémiés augmente ; *c* est considérablement augmenté, ce qui indique que la quantité disponible d'hydrate de carbone est vite épuisée ; *H* ou hauteur de la contraction maximale diminue.

(1) V. Kipiani. — Ergographie du sucre, Bruxelles, 1905. 38 pages.

Sous l'influence de la *caféine*, nous voyons augmenter tous les paramètres. L'augmentation de *c* et de *a* montre que la caféine produit une décomposition plus considérable de la matière. L'explication du mécanisme de cette action est donnée par l'augmentation de *b*. On est conduit à admettre une action excitante de la caféine sur les centres nerveux, et c'est par l'intermédiaire des centres nerveux que se produit l'action excitante sur le muscle. Il paraît donc certain que la caféine ne peut être considérée comme un aliment ; elle n'épargne pas les albuminoïdes, comme le font le sucre et l'alcool, qui diminuent les toxines. J'arrive ainsi à confirmer l'opinion de Parisot, qui considère la caféine non comme un aliment, mais comme un excitant du système nerveux, permettant l'utilisation des réserves de l'organisme.

En dernier lieu, j'ai utilisé les données recueillies grâce aux paramètres pour l'étude de l'accumulation de fatigue ou *fatigue rémanente*. Ces recherches avaient pour but de vérifier ma théorie du *siège périphérique de la fatigue*. Le sujet en expérience fournit une série de courbes ergographiques avec un intervalle de temps insuffisant pour obtenir la réparation complète. Nous avons donc des effets d'accumulation de fatigue d'une courbe à l'autre. Le travail mécanique diminue progressivement. L'examen des paramètres a montré que, dans l'accumulation de fatigue, H diminue, *a* augmente et *b* augmente ; *c* augmente chez certaines personnes et diminue chez d'autres.

L'accumulation de fatigue chez les personnes normales est donc musculaire et tient principalement à l'intoxication par les déchets de la nutrition. Quant aux centres nerveux, non seulement ils ne présentent aucune fatigue, mais leur excitabilité augmente pour lutter plus efficacement entre l'inertie grandissante du muscle.

Après cet exposé, qui peut-être paraîtra bien long, j'ai peu de chose à dire relativement à l'exploration pathologique. Elle découle toute entière des données recueillies sur les courbes normales. Nous venons de voir que le calcul des paramètres permet de dire si une action est périphérique ou centrale, il permet donc de diagnostiquer le siège des modifications produites.

Un vaste champ d'études s'ouvre donc en clinique. L'examen des paramètres des courbes des neurasthéniques décidera définitivement si leur affection a son origine dans le système nerveux ou dans les muscles. Dans les différentes paralysies, médullaires, cérébrales ou périphériques, l'examen des paramètres des courbes (surtout si le côté sain pourra être comparé au côté malade) permettra de diagnostiquer le siège de la maladie. L'*ergodiagnostic* pourra être appliqué au même titre que l'électrodiagnostic.

Cette étude promet d'être d'autant plus intéressante que Patrizi a décrit un ergographe crural, destiné au membre inférieur et imaginé spécialement pour les explorations de neuro-pathologie. Le même auteur a décrit aussi un ergographe pour les muscles respiratoires. Il est à prévoir que la nature des affections telles que la tuberculose, l'asthme, et beaucoup d'autres névroses respiratoires, pourra être élucidée par l'analyse mathématique des courbes respectives.

En terminant je tiens à remarquer que l'emploi de ces procédés mathématiques n'exige nullement des médecins les qualités de mathématiciens. Un calcul relativement très simple, accompli par un spécialiste, suffit pleinement pour résoudre le problème. Le rôle du médecin est de recueillir les courbes dans les meilleures conditions possibles. La grande difficulté mathématique consistait à trouver l'équation ; mais ce problème une fois résolu, il n'y a qu'à suivre une formule très simple pour calculer les paramètres. J'engage chaleureusement mes confrères à faire quelques essais dans cette voie. Ils trouveront tous les détails de la méthode dans le volume déjà cité (1). D'ailleurs je me mets pleinement à leur disposition pour leur envoyer tous les renseignements nécessaires.

(1) I. Ioteyko. — *Les lois de l'ergographie*, 172 p. avec nombreuses figures, 1904. A Bruxelles chez Lamertin, à Paris chez Maloine.

CLINIQUE MENTALE

Imbécillité prononcée congénitale

(*Type mongolien*)

TRAITEMENT THYROIDIEN

Par BOURNEVILLE et Maurice ROYER.

Au *Congrès de Rennes* (1905), nous avons tracé un parallèle entre le myxœdème et le mongolisme, que nous avons complété, à propos de la publication d'une observation de mongolisme (1). Aujourd'hui (2) nous avons encore signalé quelques différences entre les deux maladies et pour parfaire notre œuvre, nous allons vous communiquer une nouvelle observation de mongolisme illustrée, comme les précédentes (3), accompagnée d'une autopsie complète, de planches représentant l'un des hémisphères cérébraux et enfin d'un examen histologiste dû à M. le Dr ITALO ROSSI. L'une des particularités de cette observation consiste en ce que nous avons pu instituer ici le traitement thyroïdien à sept reprises différentes.

SOMMAIRE : *Père, rien de particulier.— Tante paternelle, zézaiement. — Mère, céphalalgies. — Grand-père maternel, quelques excès de boisson.— Grand-oncle maternel, aliéné.— Tante, morte de méningite. — Sœur, morte de tuberculose. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans (père plus âgé).*

La malade : conception, rien. —Grossesse : violente émotion au 9e mois, suivie d'accouchement (à 8 mois et une semaine.— Asphyxie à la naissance, avec persistance de trois semaines. — Petites convulsions de six mois à un an, puis strabisme. —Préhension à 3 ans seulement. — Propre à 7 ans. Rougeole à 5 ans. — Mongolisme. — Traitement thyroïdien : bons résultats. — Tuberculose généralisée : mort. — Autopsie : tumeur cérébrale ; — tuberculose généralisée.

Cott... (Augustine-Emilie), née à Saint-Christophe du Jam-

(1) *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1906, n° 6.

(2) Cette observation a été communiquée au *Congrès de Lille* immédiatement après l'exposé du *Parallèle* en question.

bel (Sarthe), le 22 mai 1889 ; entrée à la Fondation Vallée le 4 janvier 1899 ; décédée le 8 juillet 1906.

Histoire de la famille et de la malade.

(*Renseignements fournis par la mère le* 20 *janvier* 1899, *et le* 25 *juin* 1902).

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — PÈRE : mort à 33 ans, tué dans un accident de chemin de fer. On ne relève aucune trace de maladie dans son enfance, ni dans l'adolescence ; pas de fièvres éruptives, pas de rhumatismes, pas de migraines, pas de syphilis. C'était un homme très sobre, de caractère très doux, de conduite irréprochable ; était originaire de l'arrondissement de Montfort (Ille-et-Vilaine). S'était marié à 25 ans.

Son père, mort à 73 ans de vieillesse, s'était toujours très bien porté. — Sa mère est morte lorsqu'il avait 7 ans, après une courte maladie. — Aucun renseignement sur les grands-parents, les oncles et tantes.

Une sœur mariée qui a « 3 ou 4 » enfants, sur la santé desquels on a pas de renseignements. Cette sœur est atteinte de *zézaiement*. — Le reste de la famille est absolument inconnu.

MÈRE : 32 ans, garde-barrière, s'est toujours bien portée. N'a pas eu de convulsions dans l'enfance ; pas de rhumatismes, pas de fièvres éruptives, pas de syphilis ; quelques maux de tête assez fréquents, sans pourtant présenter de caractère migraineux. Tempérament calme.

[*Père* : 56 ans, cordonnier, toujours bien portant, « boit un peu, mais ne s'enivre pas souvent ». — *Mère* : 56 ans, en bonne santé. — Pas de renseignements sur les grands-parents paternels et le grand-père maternel ; la grand-mère maternelle est morte « d'usure », à 87 ans. — Un oncle paternel aurait pris un médicament pour ne pas faire de service militaire; à la suite de cette médication il serait devenu fou et fut enfermé à l'asile de Saint-Méen, où il est mort. Un second oncle paternel, âgé de 58 ans, bien portant ; marié, un seul enfant (garcon) de 23 ans. — Pas de renseignements sur les tantes paternelles, ni sur les oncles et tantes maternels, si ce n'est qu'une tante maternelle est morte à 13 ans « on ne sait de quoi ». — Trois *frères* : l'un mort en naissant ; un autre, mort à 13 mois, avait la gourme ; le troisième mort de fièvre typhoïde à 7 ans. — Trois *sœurs* : l'aînée, 31 ans, mariée, a deux enfants bien portants, qui n'ont pas eu de convulsions ; la seconde 21 ans, se porte bien, n'a

pas eu de convulsions dans l'enfance mais est cependant très nerveuse ; la troisième morte à 7 ans de *méningite*, n'avait pas eu de convulsions.—Dans le reste de la famille, on ne note aucune anomalie congénitale physique, intellectuelle et pas de maladies nerveuses].

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge : 6 ans (père plus âgé.

Cinq enfants : pas de fausses couches. Le premier est un garcon de 12 ans, en bonne santé, n'a pas eu de convulsions ; le deuxième mort en naissant ; la troisième notre malade ; la quatrième, fille de 8 ans, bien portante, pas de convulsions ; la cinquième morte d'une pneumonie tuberculeuse à l'âge de 4 ans 1/2.

La malade. — *Conception*, rien de particulier. — *Grossesse* : Les *règles* se seraient montrées 3 fois, au cours de la grossesse de telle sorte que la mère ne se croyait pas enceinte. Celle-ci ne peut founir aucun renseignement sur les mouvements du fœtus. Quelques vomissements peu abondants. Au neuvième mois, trois semaines avant le terme, la mère, qui fermait une barrière a eu une peur atroce ; elle fut surprise par un train dont elle n'était pas avertie, elle crut qu'un de ses enfants était sur la voie et eut « une peur bleue ». Aussitôt elle ressentit dans le ventre « une forte commotion comme une déchirure », et dans la nuit elle accoucha.

Accouchement naturel.— *A la naissance* l'enfant cria tout de suite, cependant elle était bleue et serait devenue encore plus bleue deux heures après l'accouchement, elle resta ainsi pendant trois semaines, puis la cyanose passa. L'enfant était beaucoup plus petite que ses frères et sœurs et pesait 3 à 4 livres.

Allaitement : nourrie au sein pendant 4 mois, prise régulière, puis nourrie au biberon avec du lait de vache, la mère étant devenue de nouveau enceinte. Le retour des règles s'était effectué un mois après la naissance, ce qui avait déjà eu lieu pour les accouchements antérieurs ; et les règles n'ont point cessé pendant l'allaitement. — Durant ces premiers mois l'enfant a toujours été très constipée ; jusqu'à l'âge de 5 à 6 mois, *elle dormait presque toujours*, et cela depuis la naissance, *à un tel point qu'on était obligé de la réveiller pour l'allaiter*. — Jamais l'enfant ne pleurait.

A 6 mois, elle fut prise de petites *crises quotidiennes*, dans lesquelles elle se raidissait et devenait toute bleue, mais elle revenait vite, à la suite de quelques claques sur le siège, ou de balancement en l'air,moyens préconisés par le médecin.

A cette époque l'enfant commença à présenter du *strabisme* ; « ses yeux tournaient tout le temps ». Le strabisme est resté sensiblement stationnaire de l'âge de six mois à un an. « *Elle n'a jamais été, dit la mère,* comme les autres enfants ». Elle s'est développée assez régulièrement jusqu'à l'âge de 3 ans, mais de 3 à 9 ans. elle a à peine grandi ; EST RESTÉE 3 ANS « SANS GRANDIR D'UN POUCE ».

Pas de renseignements sur la première *dent,* ni sur la *dentition complète* ; — Début de la *marche* vers la troisième année, en même temps que l'enfant commence à se servir de cuiller et de fourchette. Prononce alors quelques mots d'une façon assez défectueuse. Ne devient propre qu'à l'âge de 7 ans. Vers la cinquième année on l'envoie à l'école mais elle n'a rien pu y apprendre, et on la renvoie parce qu'elle était sale. A cette époque, l'enfant n'a aucune espèce de notion du danger, un jour la mère la trouve dans un baquet rempli d'eau ; un autre jour elle tombe dans le feu, se fait une brûlure superficielle qui ne laisse pas de cicatrice.

Elle n'a pas eu la coqueluche, ni le croup, ni la fièvre typhoïde. Pas de croûtes dans les cheveux, pas d'otite, pas d'angine ; rougeole à 5 ans. De plus, ses yeux étaient toujours rouges il fallait les « décoller chaque matin ». Etait très sujette aux rhumes.

Caractère : l'enfant est caressante avec sa mère, ses frères et sœurs,elle aime à être caressée.Elle n'aime pas à faire du mal.

Instincts non pervertis ; pas d'onanisme ; aurait été un peu gourmande.

ÉTAT ACTUEL (*Janvier* 1895). — *Physionomie* : Expression d'hébétude complète encore accrue par ses tics et son regard. L'enfant est très *myope* et chaque fois qu'elle fixe un objet, son sourcilier et ses orbiculaires se contractent énergiquement ; de plus, des contractures de l'orbiculaire des lèvres et des muscles de la joue contribuent à donner à sa physionomie un air de profonde hébétude.

Tête arrondie ; taches de *vitiligo* sur le cuir chevelu ; bosses frontales symétriques, peu proéminentes ; fontanelles fermées. *Face* allongée, racine du nez un peu enfoncée d'où une courbe marquée à concavité antérieure du dos du nez ; arcades sourcilières normales ; pas de *blépharite ciliaire* actuelle.Dès qu'il fait froid elle a encore le bord des paupières rouges.

Orbites bien développés, symétriques. — *Yeux* mobiles, iris vert, pupilles largement dilatées réagissant

peu à la lumière et à la convergence. *Myopie* prononcée. Nystagmus et léger strabisme. Ne distingue pas les couleurs, et n'a aucune notion précise sur la forme des objets environnants. — *Pommettes* peu saillantes ; régulières, symétriques. — *Nez* : lobules volumineux ; coryza chronique muco-séreux ; pas de fétidité. — *Bouche* large, transversale ; lèvre supérieure relevée formant ainsi une concavité antérieure ; voûte palatine profonde ; rien à noter au pharynx, déglutition normale. — *Voix* un peu nasonnée ; voile du palais mobile ; luette petite ; amygdales peu saillantes ; pas de tissu adénoïde dans l'arrière-cavité des fosses nasales. — *Dentition* : atrésie du maxillaire supérieur ; maxillaire inférieur à diamètre rétréci. L'évolution des dents permanentes est en cours. Les incisives supérieures présentent une rotation interne sur leur axe. Les dents apparues sont normalement constituées. Les prémolaires ne montrent hors de la gencive que le sommet de leur couronne. — *Menton* aplati, large et bas.

L'*oreille* externe présente des stigmates nets de dégénérescence, elle est écartée de la base du crâne et présente dans sa totalité une incurvation en cornet d'*oublie* ; l'hélix est ourlé, rubanné, rabattu ; pas de tubercule de Darwin ; anthélix normal ; conque profonde ; lobule adhérent dans toute sa hauteur ; pas de cérumen ; ouïe normale ; pas de préférence pour les différents sons.

Cou : impossibilité de palper le corps thyroïde (qui existe à l'autopsie) ; *larynx* normal.

Membres supérieurs . — L'enfant est gauche dans ses mouvements, mais il n'y a aucun trouble moteur ; pas de tremblement, ni de mouvements athétosiques ; pas de troubles sensitifs ni trophiques. Mêmes remarques pour les *membres inférieurs* ; pas d'ataxie ; réflexes rotulien et plantaire peu marqués.

Thorax symétrique ; aucune remarque à faire à l'examen des viscères thoraciques.

Abdomen. — Pannicule adipeux assez développé ; pas de hernies, ni crurale, ni inguinale, ni ombilicale. Rien à noter à la palpation de la fosse iliaque ; foie petit ; rate inaccessible à la palpation.

Organes génitaux et puberté. — Aisselles, thorax glabres ; aucun développement mammaire ; petites lèvres dépassant un peu les grandes ; pas de vulvite.

Intelligence. — L'enfant est idiote ; la parole est limitée à

Mesures de la tête.

	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
Circonférence horizontale maxima	—	—	—	—	—	—	—	—
Demi-circonférence bi-auriculaire	48	48	48	49	49	48	48	
Distance de l'articul. occipito-atloïdienne à la racine du nez	33	33	33	34	34	32	32	33
Diamètre antéro-postérieur maximum	34	34	34	35	35	32	33	33(1)
— bi-auriculaire —	15.5	15.5	15	15.7	15.8	16	16.2	16.5
— bi-pariétal —	10·8	11.5	12	11	11.2	11	11.5	11.5
— bi-temporal —	13.9	13.6	14	15	15.1	14	14	14
Hauteur médiane du front	10.5	11.5	12	11.4	11.5	11.5	11.5	1.5
	5	5	5	5	5	5	5	5

Tableau du poids et de la taille.

	1899	1900	1901	1901	1903	1904	1905
Poids	20k	22k	23k	26k	22k	24k	23k
Taille	1m09	1m11	1m12	1m15	1m17	1m20	1m22
Dynamomètre	2	5	5	5	5	8	10
	2	5	5	5	5	8	5

(1) Les différences dans les mensurations tiennent à l'engraissement considérable de la malade.

des mots sans suite et sans sens. Elle se tient presque constamment accroupie, la tête sur les genoux.

Marche. — Elle avance au hasard, sans regarder devant elle, les pieds très écartés, et fait parfois de brusques enjambées, cependant ne court pas, ni ne saute pas ; monte et descend péniblement les degrés de l'escalier.

Au réfectoire, elle ne sait pas se tenir à table et ne se sert d'aucun des trois objets usuels: cuiller, couteau ou fourchette; mange avec ses mains ; ses mouvements sont maladroits, elle renverse son assiette, ou ce qui se trouve autour d'elle, n'a aucune préférence pour les aliments, ne distingue pas les saveurs ; mange gloutonnement. La mastication et la digestion sont normales. Elle a fréquemment la diarrhée ; elle gâte la nuit et parfois le jour.

Son *caractère* est indifférent,elle est atteinte parfois de mouvements brusques, mais elle est inoffensive. Elle ne pleure pas, ne crie pas ; elle sourit en grimaçant. — Elle n'a ni vertiges, ni accès d'épilepsie.

Ecolage : l'enfant est d'une nullité complète.

Température à l'entrée.

				matin	soir
4	janvier	1899	1er jour	—	36°8
5	—		2e jour	37°	37°1
6	—		3e jour	36°9	37°2
7	—		4e jour	36°9	37°
8	—		5e jour	37°1	37°3

Analyse des urines. — Ni albumine, ni glycose.

Traitement : Hydrothérapie, (douches et bains salés) et sirop d'iodure de fer ; gymnastique, école.

1899. *Juin.* Six mois après son entrée, peu de progrès sont à signaler. L'enfant reste indifférente à tous les exercices classiques, elle suit machinalement ses compagnes dans leurs diverses occupations. Elle dort bien, mange et boit comme une enfant de son âge ; a fréquemment de la *diarrhée.* Gâte la nuit et encore le jour. (*Fig.* 23.)

Décembre. Cot... contracte la *teigne* et entre à *l'isolement* où elle est traitée jusqu'au mois de juillet 1900.

Pendant l'année 1901, on peut constater que la petite malade a fait de réels progrès : elle est maintenant propre le jour, mais gâte encore la nuit ; au réfectoire elle mange seule, se sert de la cuiller et de la fourchette, elle s'habille et se déshabille sans l'aide de personne. On peut aussi noter quelques progrès en classe, elle lace le soulier, sait boutonner, et commence à faire la rosette; en gymnastique, elle fait

les mouvements : *assis, debout, en avant, en arrière* et saute trois marches. — En récréation, elle n'est ni bruyante, ni turbulente, elle reste constamment assise par terre, *les jambes croisées dans l'attitude des tailleurs*, elle ne s'assied jamais autrement. (*Fig.* 24.)

1902. — Au mois de *janvier* 1902, l'enfant mesure 1 m. 15 au lieu de 1 m. 32, d'où une *différence en moins* de 17 cm. En conséquence le *nanisme* étant évident, on adjoint au traitement hydrothérapique, tonique, et pédagogique, la *médication par la glande thyroïde.*

Médication par la glande thyroïde.

I. Le traitement est commencé le 4 janvier 1902, à la dose de 0 gr. 25 cg. de glande fraîche du mouton, chaque jour pendant la 1re semaine. L'enfant pèse 26 kilogs. Au onzième jour l'enfant a pris neuf fois la dose de 0,25 cg. La température s'est dès le troisième jour élevée de quelques dixièmes pour se maintenir entre 37° et 38° avec une moyenne générale de 37 5. L'enfant est alors pesée et l'on constate qu'elle a perdu déjà 400 gr.

La dose est portée de 0,25 cg. à 0,50 cg. pendant quatre jours seulement,l'enfant ayant contracté de la *bronchite*, on est obligé de suspendre la glande thyroïde, pendant la période de température qui dure une dizaine de jours.

Le 28 janvier le poids est descendu à 25 kilogs ; on reprend le traitement le 1er février à la dose de 0 gr. 50 cg. de glande. L'enfant est pesée le 4,elle a perdu 100 gr., mais la taille s'est élevée d'un centimètre, elle mesure actuellement 1 m.16. Le 9 février,on donne 0,75 cg. de glande fraîche ; le 11 le poids est descendu à 24 k. 500,elle perd encore 400 gr. jusqu'au 18, quoique n'ayant absorbé que 3 gr. de glande en quatre fois. Le 21, on porte la dose à 1 gramme et jusqu'au 24 avril, jour où l'on suspend le traitement, l'enfant prend 46 doses de 1 gramme de glande thyroïde (en 62 jours).

Pendant ce temps, la température se maintient très régulièrement entre 37° et 38° donnant une moyenne générale de 37°,5.

Le poids subit une diminution progressive et perd en totalité 4 kilogs 700 gr., cependant que la taille gagne encore 1 2 centimètre, ce qui porte le gain total à *un centimètre et demi en trois mois et demi* de traitement.

Nous donnons ci-dessous un tableau comparatif du *poids* et de la *taille* pendant la première partie du traitement thyroïdien.

Tableau comparatif du poids et de la taille.

		Poids	Taille
Avant le traitement	3 janv. 1902	26k	1m15
	14 —	25k600	1m15
	28 —	25k	1m15
Pendant le traitement	5 févr. 1902	24k900	1m15
	11 —	24k500	1m16
	19 —	24k100	1m16
	26 —	23k600	1m16
	6 mars 1902	23k	1m16
	14 —	22k600	1m16
	22 —	22k200	1m16
	30 —	21k900	1m165
	8 avril 1902	21k700	1m165
	15 —	21k500	1m165
	22 —	21k300	1m165

Résultats : Si,au point de vue scolaire, nous ne pouvons noter aucun progrès, aucune émulation, nous trouvons par contre une grande amélioration au point de vue général.

Cott.... est beaucoup plus active, plus prompte à s'habiller et à se déshabiller ; elle range avec soin ses effets sur sa chaise avant de se coucher,et n'admet pas qu'une de ses compagnes les dérange par mégarde.Si elle est mécontente, elle se met en colère, pleure, grogne, mais n'a jamais de tendance à battre ses compagnes. Le sommeil est calme et régulier.

En récréation l'enfant est plus gaie, plus alerte, elle ne reste plus accroupie comme auparavant, son regard encore hagard est cependant plus mobile et plus expressif. L'enfant reconnaît toutes les personnes attachées au service, elle n'est pas indifférente aux paroles qui lui sont adressées, elle sourit, toujours en grimaçant, et ne rit jamais aux éclats. La physionomie quoique plus éveillée est toujours désagréable, renfrognée et vieillotte.

Notons aussi quelques progrès en gymnastique, elle est moins lourde,et les différents exercices semblent l'intéresser.

L'enfant *parle* assez bien, prononce correctement, elle fait usage du verbe. Sa voix est nasillarde. Au point de vue du *gâtisme* elle est toujours propre le jour, et urine encore quelquefois au lit pendant la nuit.

II. Après un repos d'un mois l'enfant a repris 1 kilog. 200 la taille est restée la même : 16 cm. 1/2. Le 20 mai, notre malade est soumise pour la *seconde fois au traitement thyroïdien,* et prend pendant 7 jours une dose de 0,50 cg. de glande fraîche. La seconde semaine on en administre 0,75

cg. ; puis à partir du 4 juin la dose est portée à 1 gramme pendant tout le mois ; à partir du mois de juillet, l'administration de la glande est moins régulière (1) et jusqu'au 20 *août*, c'est-à-dire en plus d'un mois 1/2 l'enfant ne

Fig. 23. — Cott..., à 9 ans et demi (1899).

(1) Au début des essais de traitement par la glande thyroïde fraîche, M. le Dr Bourneville eût beaucoup de peine à obtenir d'un boucher de Gentilly qu'il consente à livrer pour le service de la glande thyroïde journellement. Il fallut aussi se rendre chez le boucher pour lui apprendre à disséquer la glande vulgairement appelée « glande du cornet » et pour éviter la confusion avec les ganglions prétrachéo-bronchiques.

Nous apprenons ainsi qu'un habitant de Gentilly se rendait

pût prendre que 18 doses de glande. Pendant ce nouveau trimestre de traitement, le poids avait subi de faibles oscillations et la taille qui le premier mois avait déjà gagné 1/2 centimètre reste stationnaire.

FIG. 24. — Cott... en 1901, à 11 ans et demi.

journellement chez le boucher pour prendre de la glande thyroïde. Le boucher ne connaissant pas lui-même la glande, lui délivrait des ganglions. Un an s'était presque écoulé sans qu'aucune amélioration n'ait été constatée. Ce n'est que lorsque la Fondation Vallée a pris des glandes à Gentilly, chez ce même boucher, qu'on a pu constater qu'il délivrait des ganglions. L'interne du service se rendit alors chez le boucher pour lui montrer les rapports anatomiques de la glande.

Tableau du poids et de la taille pendant le second traitement thyroïdien.

		Poids	Taille
Avant le traitement	20 mai 1902	22k500	1m16 1/2
	27 —	22k500	1m16 1/2
	3 juin 1902	22k200	1m16 1/2
	10 —	22k	1m16 1/2
	17 —	21k800	1m16 1/2
	24 —	21k500	1m17
	1er juiil. 1902	21k500	1m17
Pendant le traitement	8 —	21k600	1m17
	15 —	21k900	1m17
	22 —	22k100	1m17
	29 —	22k500	1m17
	5 août 1902	22k500	1m17
	12 —	22k800	1m17
	19 —	22k500	1m17

En même temps que le traitement thyroïdien, l'enfant est soumise à une médication tonique: hydrothérapie, sirop d'iodure de fer et huile de foie de morue dès les premiers froids ; elle suit l'école et la gymnastique. L'examen de la dentition de l'enfant, fait en juin, permet de constater l'absence des dents de 12 ans, la persistance de plusieurs dents de lait; le tout en partie décalcifié et en mauvais état.

A la fin de l'année 1902, les notes relevées par les infirmières permettent de constater que l'état intellectuel de la malade est sensiblement le même. Elle travaille peu en classe, mais n'est ni turbulente, ni méchante ; elle sait lacer, boutonner et agrafer. Elle parle assez bien quoique incapable de soutenir une conversation. Elle urine encore parfois au lit.

L'enfant est examinée au point de vue de la puberté. Les *aisselles* sont glabres, les *seins* absents, aréoles pâles et plates: le *pénil*, les *grandes lèvres* courtes, l'*orifice hyménéal* très large.

A cette époque, l'enfant fut examinée tout spécialement au point de vue de quelques anomalies types de *mongolisme*. Nous donnons ci-dessous, en même temps que la description, les photographies des oreilles et de la main mongoliennes.

Les *oreilles* sont d'une malformation considérable et nullement symétrique ; l'enfant ne présente pas d'écoulement, ni d'excès de cérumen. Elle n'est pas sourde, l'attention auditive est normale, la mémoire auditive semble à peu près nulle, pas d'écholalie. On ne note aucune aptitude musicale, l'enfant perçoit sans s'en rendre compte les bruits, les sons musicaux et la parole ; l'audition paraît être identique de chaque côté ; pas de mobilité du pavillon. (*Fig.* 25.)

Voici la description des deux oreilles et les différences considérables relevées sur chacune d'elles :

Oreille droite : hauteur 5 cm., largeur 3 cm. L'oreille est très écartée du crâne ; la partie supérieure du pavillon s'incline horizontalement et en avant. L'*hélix* n'est ourlé et *rubanné* qu'à sa partie supérieure, sa cavité profonde en

Fig. 25. — Cott... en 1903, à 13 ans et demi.

haut est à peine marquée à la partie moyenne. *Anthélix* plat, branche supérieure effacée, fossette à peine visible. *Conque* de forme quadrangulaire et peu profonde ; *conduit auditif* petit et étroit ; *tragus* petit , *antitragus* saillant légèrement ; *lobule* petit, mince, horizontal et complètement adhérent. Entre l'extrémité antérieure de l'*hélix* et la branche infé-

rieure de l'*anthélix*, existe dans cette portion de la *conque* une petite crête arrondie qui la divise en deux cavités secondaires. Au-dessous du *lobule* existe sur la joue un sillon oblique dirigé d'arrière en avant et de haut en bas. (*Fig.* 29.)

Oreille gauche: La partie supérieure du pavillon de l'oreille

Fig. 26. — Cott... en 1905, à 15 ans et demi.

est complètement replié sur lui-même ; il résulte de cette malformation que l'*hélix* semble excessivement large en haut ; par contre l'hélix n'est pas ourlé ni à sa partie moyenne, ni à sa partie inférieure. La cavité de l'*hélix* semble formée à sa partie supérieure par le repli du pavillon de l'oreille ; elle est à peine marquée à la partie moyenne et inférieure. Fossette de l'*anthélix* plate et peu profonde. *Anthélix* à peine formé.

Conduit auditif étroit. *Conque* triangulaire et peu profonde. *Tragus* et *antitragus* à peine marqué. *Lobule* petit, mince et adhérent. (*Fig.* 27 *et* 28.)

De même que sur le côté droit, on relève une petite saillie à la partie supérieure de la conque, mais moins prononcée. Le sillon de la joue qui part du lobule existe également.

Mains froides, extrémités violacées, surtout les ongles ; la

FIG. 27. — Oreille gauche mongolienne (1903).

main est courte, les doigts disproportionnés, plutôt cylindriques ; le pouce et le petit doigt sont courts, celui-ci dévié, sinueux, en *varus*. Peu habile des mains, cependant s'habillait et aidait à habiller les autres enfants, mais maladroitement et lentement. Pas d'onychophagie. (*Fig.* 30.)

III. Au premier avril, on reprend pour la *troisième* fois le *traitement* par la glande thyroïde. Cott... pèse alors 24 k.

500 et mesure 1 mètre 17. L'administration de la glande est cette fois beaucoup plus régulière, la dose de début,0 gr.50 cg. est portée à 0,75 cg. la seconde semaine, 1 gr. la troisième et 1 gr. 25 ensuite, jusqu'au 30 juin. Il n'y a eu aucune interruption pendant les 2 premiers mois et neuf doses seulement ont pu être données dans le courant de juin. La tempéra-

FIG. 28.— Cott... en 1902, 13 ans ; oreille gauche.

ture s'est constamment maintenue entre 36° et 37°8 avec une moyenne de 37°. Les résultats au point de vue de la taille sont cette fois très appréciables, comme le démontre le tableau ci-contre.

Cott... a donc gagné en 3 mois : *deux centimètres*; on remarquera de plus que le poids qui a subi dès la première semaine une perte de 500 grammes, s'est ensuite maintenu constam-

ment au chiffre de 24 kilogs. Pendant toute la durée du traitement on ne relève aucun malaise, pas de sueurs, pas de diarrhée ni de tremblements. Pas de manifestations cutanées, pas de desquamation. L'enfant a bon appétit, elle boit comme à l'ordinaire, sans qu'on ait remarqué chez elle, l'*altération* que présentent généralement les enfants qui suivent le même traitement.

Tableau du poids et de la taille pendant le troisième traitement thyroïdien.

		Poids	Taille
Avant le traitement	1er avril 1903	24k500	1m17
Pendant le traitement	10 —	24k	1m18
	20 —	24k	1m18
	30 —	24k	1m185
	9 mai 1903	24k	1m185
	18 —	24k	1m185
	28 —	24k	1m185
	7 juin 1903	24k	1m188
	17 —	24k	1m19
	27 —	24k	1m19

Au point de vue intellectuel, il y a peu de changement, elle se rend très peu compte de ce que l'on enseigne ; elle sait boutonner, agrafer ; elle place sur le tableau et sans trop d'hésitation les principales couleurs, quelques lettres ou chiffres, mais d'une façon plutôt machinale et sans paraître avoir conscience de ce qu'elle fait. Elle semble plus adroite dans les besoins de la vie courante,elle s'habille et se déshabille seule, range toujours très proprement ses effets sur sa chaise et veille jalousement à ce qu'aucune de ses compagnes n'y touche, ce serait alors des colères et des grognements continus, sans tendance aux coups. Le sommeil est calme et régulier.

Elle est plus active, reste moins inerte aux heures des récréations et présente moins de tendance à rester accroupie. Quand elle marche, elle se tient penchée en avant, et avance avec une allure désordonnée. Le regard, toujours un peu vague, parait cependant plus expressif et plus mobile. La physionomie quoique bien éveillée, a toujours un aspect désagréable, renfrogné et vieillot. L'enfant est cependant affectueuse, comme le sont d'ailleurs toutes les mongoliennes. Ces malades s'attachent à leur entourage et ont pour les personnes qui les soignent des sentiments affectueux très développés.

L'enfant parle assez bien et se sert du verbe ; elle cause

surtout avec ses compagnes. Elle a fait aussi quelques progrès en gymnastique; cet exercice semble l'intéresser, mais elle est encore lourde et manifeste une certaine crainte pour monter aux échelles. Elle est propre le jour et urine encore au lit quelquefois la nuit. Quand cet accident lui arrive, elle dit en riant : « Pas moi,... pas vrai.., c'est le

Fig. 29. — Cott... en 1902, à 13 ans. Oreille droite et piqueté de nævi-verruqueux.

chat. » Somme toute, il y a chez Cott... *une amélioration notable.*

Au point de vue de la *puberté* : glabreté totale ; pas de seins ; les grandes et les petites lèvres sont peu développées, toute la région vulvaire est rouge ; le clitoris petit, entièrement découvert, pas de capuchon ; l'hymen montre

un orifice circulaire très large qui admettrait facilement un crayon ; le méat urinaire présente une lèvre inférieure très saillante ; de chaque côté on aperçoit les orifices larges des canaux de Skene s'ouvrant au fond de petites fossettes. Pas de fourchette, une crête saillante antéro-postérieure entre l'hymen et l'anus, celui-ci normal.

IV. Le 10 septembre, on reprend pour la *quatrième fois* le *traitement thyroïdien* en suivant toujours le même mode d'administration, c'est-à-dire en augmentant de 0 gr. 25 cg. chaque semaine la dose première (0 gr. 25 cg.), jusqu'à 1 gramme. Comme l'enfant supportait admirablement la glande on a, pendant le troisième mois, donné 1 gr. 25 pendant la première quinzaine et 1 gr. 50 pendant la seconde. On n'a noté aucun trouble, ni du côté de la circulation, de la respiration, des sécrétions, peut-être aurait-elle eu un peu de diarrhée parfois. Les notes relevées tant par l'institutrice que par les infirmières sont identiques à celles du semestre précédent.

Pendant ce semestre, l'enfant a encore gagné UN centimètre.

Tableau comparatif du poids et de la taille pendant le quatrième traitement.

		Poids	Taille
Avant le traitement	10 septembre 1903	25k	1m19
Pendant le traitement	20 —	26k	1m19
	30 —	24k500	1m19
	8 octobre 1903	24k500	1m19
	18 —	24k500	1m19
	26 —	24k	1m195
	4 novembre 1903	24k	1m195
	14 —	24k	1m195
	24 —	24k	1m20
	4 décembre 1903	24k	1m20

Au mois de juin 1904, même état qu'en décembre. Aucun progrès scolaire à signaler. L'enfant n'est pas méchante, mais n'apprend absolument rien. Elle est toujours très affectueuse, propre le jour, il lui arrive encore de gâter la nuit.

V. On la soumet alors pour la *cinquième fois* au *traitement thyroïdien*, que l'on continue sans interruption pendant 4 mois avec les doses suivantes : 0 gr. 25 cg., 1re décade ; 0 gr. 50 cg., 2e décade; 0 gr. 75 cg., 3e décade ; 1 gr. pendant le mois de juillet ; 1 gr. 25 cg. pendant le mois d'août et

de septembre. On suspend alors le traitement à la suite d'une poussée de *bronchite aiguë*.

Pendant ces quatre mois, l'enfant a gagné encore TROIS *centimètres* ; et la température s'est maintenue pendant les 3 premiers mois, avec régularité entre 37° et 37°6. En septembre, on relève une différence vespérale d'un degré en plus, jusqu'au 25, puis la courbe suit une marche ascensionnelle jusqu'à atteindre, le 28 septembre, 40 2.

Tableau comparatif du poids et de la taille pendant le cinquième traitement.

		Poids	Taille
Avant le traitement	8 juin 1904	27k	1m21
	17 —	27k	1m21
Pendant le traitement	27 —	26k	1m215
	4 juillet 1904	25k	1m22
	13 —	25k	1m22
	22 —	24k800	1m225
	31 —	24k500	1m23
	10 août 1904	24k	1m23
	20 —	23k500	1m23
	30 —	23k	1m23
	8 septembre 1904	22k	1m23
	18 —	22k	1m235
	28 —	21k500	1m24

Si la *taille a augmenté considérablement cette fois*, par contre Cott... *a perdu onze livres en 4 mois*. Cott... est alors soignée à l'infirmerie, depuis 2 jours (26 et 27 septembre) elle ne voulait plus manger et elle avait de la diarrhée ; les nuits étaient agitées ; elle tousse beaucoup ; « la poitrine est grasse ». L'enfant est très altérée ; diarrhée blanchâtre et fétide ; le gâtisme est revenu. Après une quinzaine de jours de phénomènes aigus, la fièvre tombe, et l'enfant reprend peu à peu son état habituel de santé, mais elle a maigri un peu. On ajoute à sa ration alimentaire, de la poudre de viande.

1905. Au mois de janvier, l'enfant est complètement rétablie ; elle est descendue de l'infirmerie et suit de nouveau ses compagnes dans les différents exercices. Ses facultés intellectuelles sont toujours stationnaires, cependant elle compte maintenant sur le *boulier*. Le caractère est toujours affectueux, elle s'empresse d'accourir quand on l'appelle ; elle n'est pas taquine, ni gaie comme les autres mongoliennes, il y a toujours chez Cott... un fond de tristesse. (*Fig.* 26.)

VI. Pour la sixième fois on reprend le traitement thyroïdien le 1er janvier. L'enfant avait déjà gagné 1 centimètre, lorsque, le 18 février, elle fut de nouveau reprise de *bronchite* avec une forte élévation de température, et l'on dut cesser la glande thyroïde.

Après avoir présenté pendant deux jours de la température à grandes oscillations, entre 38° et 40°, la malade

Fig. 30. — Main de Cott. . en 1903, à 13 ans et demi.

atteint 40°,5. Elle a de la dyspnée et de la diarrhée. A la percussion on note de la matité dans toute la hauteur des deux poumons en arrière. A l'auscultation, en arrière, à gauche, souffle rude aux deux temps ; au 1/3 supérieur râles de broncho-pneumonie, on trouve toutes les variétés, les râles sont plus fins en bas. A droite la respiration est soufflante en haut ; vers le 1/3 moyen, foyers de congestion avec râles très fins.

La respiration est superficielle, rapide. L'expiration accompagnée de plaintes brèves, les ailes du nez tremblantes, les lèvres sont bleues, les extrémités cyanosées. L'enfant est couchée sur le dos, les jambes repliées, les extrémités des talons touchant les fesses.

Vers le mois de mai, l'enfant qui était assez difficile à soigner et très exigeante, s'améliore. La température s'élève toujours le soir, mais l'enfant augmente un peu de poids.

Tableau comparatif du poids et de la taille pendant le cinquième traitement et la période de bronchite.

		Poids	Taille
Avant le traitement	1er janv. 1905	23k500	1m24
Pendant le traitement	16 —	23k500	1m24
	29 —	23k500	1m24
	10 févr. 1905	23k500	1m245
Bronchite (cessation du traitement)	16 —	23k500	1m25
	27 —	23k500	1m25
	7 mars 1905	22k700	1m25
	14 —	22k700	1m25
	20 —	22k200	1m25
	27 —	22k200	1m25
	2 avril 1905	22k	1m25
Fin de la bronchite	11 —	23k	1m25
	17 —	23k300	
	25 —	23k300	
	1er mai 1905	24k	
	22 —	25k	
	29 —	25k300	
	5 juin 1905	24k500	
	1er juill. 1905	25k	
	10 —	25k500	
	25 —	26k	

1906. *Janvier.* L'enfant a repris depuis quelque temps déjà les différents exercices scolaires. Les progrès sont peu sensibles ; on ne note aucun changement dans son caractère, qui est toujours doux et affectueux pour sa maîtresse de classe ; elle est moins taquine et moins gaie que les autres mongoliennes. Son *attitude en tailleur* n'est pas corrigée, elle se tient volontiers accroupie ainsi pendant les récréations. Elle s'habille et se déshabille bien, mais avec lenteur ; parfois elle veut aider celles de ses voisines plus maladroites. A cette époque on remarque que l'enfant présente du *nystag-*

mus et du *strabisme* convergent plus prononcés qu'à l'entrée. Le 1er février, Cott.. mesure 1 m. 25 et pèse 26 k. 500, la taille ordinaire des enfants de son âge (17 ans) étant de 1 m. 52, notre malade mesure en moins 0,27 cent. Le *nanisme* est donc évident.

VII. Pour la *septième fois*, on reprend la glande, en augmentant progressivement la dose jusqu'à 1 gr. 25, mais on est obligé de suspendre le 15 avril, l'enfant étant à nouveau reprise de *phénomènes pulmonaires*. Cette fois, la *taille* de l'enfant n'a pas changé, elle pèse seulement 25 kil. le 15 août.

A partir de ce moment l'état de l'enfant s'aggrave rapidement ; elle maigrit progressivement. La *température* à grandes oscillations donne des différences de 2 degrés et varie de 38° à 40°. L'enfant tousse beaucoup, elle ne crache pas, avale les sécrétions bronchiques. Elle a de la *diarrhée* persistante, de couleur jaunâtre et d'odeur fétide. On suralimente l'enfant, lait, œufs, côtelettes, et viande crue.

Mai. L'état de Cott.. est sensiblement stationnaire ; elle a perdu 1 kilog. pendant le mois, et pèse actuellement 25 kg. La diarrhée persiste malgré les différents traitements employés : acide lactique, sous-nitrate de bismuth, élixir parégorique, etc. La fièvre ne tombe pas ; malgré tout, l'enfant s'alimente assez bien, et mange tout ce qu'on lui présente. Elle se tient assise sur son lit des heures entières. Le visage est pâle, le teint terreux. Elle est oppressée et tousse toujours beaucoup, mais ne crache jamais.

Juin. L'état de l'enfant ne s'améliore pas; elle a encore perdu 1 kilogr.; fièvre et diarrhée.

Juillet. Cott.. s'affaiblit de plus en plus, elle n'a plus d'appétit et mange fort peu ; par contre, elle réclame incessamment à boire. Les nuits sont agitées, l'enfant ne dort plus. Toujours fièvre à grandes oscillations, diarrhée et toux. La petite malade est de plus en plus exigeante; elle refuse le lait qu'elle avait toujours accepté et ne veut plus prendre que de la limonade vineuse.

7 *juillet.* A l'auscultation on entend du gargouillement aux deux sommets et des râles humides dans toute l'étendue de la poitrine, l'enfant respire d'ailleurs très mal. Son teint est de plus en plus pâle ; les lèvres se décolorent ; la voix est à peine perceptible ; elle se tient de préférence assise sur son lit ; la respiration est de plus en plus courte, l'oppression augmente, en même temps la température baisse un peu.

8 *juillet.* Aggravation, soif intense, Cott.. demande à

boire 1/4 d'heure encore avant sa mort. Elle s'éteint à 8 heures du soir, sans secousses, ni cris, ni râles.

Température après la mort.

Immédiatement	40°
1/4 d'heure après	38°5
1 heure	38°2
2 —	37°7
3 —	37°5
4 —	35°4
5 —	30°
6 —	28°
8 —	18°
Température de la chambre	15°
Poids après la mort	23 k. 500

Autopsie pratiquée le 10 *juillet* (38 *heures après la mort.*)

Absence complète de rigidité ; l'aspect du cadavre dénote une maigreur considérable ; pas de traces d'ecchymoses au devant du corps ; le dos présente de larges marbrures lie de vin cadavériques. Pas de seins, glabreté complète, à part quelques petits poils courts à la partie inférieure du pubis ; les grandes lèvres sont bombées et couvertes d'un léger duvet très fin ; petites lèvres peu développées ainsi que le clitoris ; hymen à ouverture circulaire, large, pouvant admettre le petit doigt.

TÊTE. — *Cuir* chevelu maigre et pâle. *Crâne* rond, mince, suture métopique fermée. Toutes les autres sutures persistent et sont assez sinueuses, il en est de même de l'*os épactal*, celui-ci mesure 6 centimètres de haut, il est coupé en deux par une suture qui prolonge la suture inter-pariétale. En dedans les sutures sont transparentes, au niveau du frontal et des angles antérieurs et postérieurs des pariétaux. Peu de *liquide céphalo-rachidien*. *Dure-mère* mince, sans injection. Sinus, rien de particulier. Quelques adhérences à la pointe des lobes temporaux, à la pointe du lobe frontal gauche et du lobe occipital droit. *Glande pituitaire* de volume normal, un peu pâle. Les différentes fosses de la base paraissent symétriques ; la pie-mère, adhérente au niveau du pli pariétal inférieur gauche, où existe une plaque ecchymotique de 0,03 sur 0,02 cm. pèse 1.060 gr., il présente à la face orbitaire du lobe frontal droit *une tumeur*, faisant légèrement saillie sous les méninges et adhérente à celles-

ci. Les méninges une fois enlevées laissent voir une *tumeur pédiculée* et développée à leurs dépens.

Cette tumeur, du volume d'une petite noix, est de coloration blanchâtre et de consistance ferme.

Sur la face inférieure du cerveau, on remarque une dépression cupuliforme, dans laquelle repose la moitié inférieure du néoplasme. Cette dépression correspond à la partie orbitaire de la troisième circonvolution frontale et plus exactement au niveau du sillon en H. La tumeur ne contracte aucune adhérence avec la pie-mère cérébrale qui tapisse le fond de la dépression ci-dessus décrite. A ce niveau la substance cérébrale présente une consistance plutôt molle.

A la coupe, le néoplasme a l'aspect d'un tissu blanchâtre, ferme, lardacé, mais on ne peut à l'examen macroscopique déceler en aucun point la présence de grains calcaires ou angiolithes. L'examen microscopique permet de constater qu'il s'agit d'une tumeur mixte formée de tissu fibreux et de nombreux éléments cellulaires arrondis, de dimensions inégales qui permettent de porter le diagnostic de *fibro-sarcôme* (*Fig.* 31, T, tumeur) ; (*Fig.* 32 : T, tumeur ; C, cavité).

On note sur *l'hémisphère gauche* une *tumeur* symétrique un peu plus petite. Hauteur du cerveau : 10 cm. 5 ; longueur 16 cm. 5.

Epaississement de la pie-mère au niveau du chiasma. Les pédoncules cérébraux, les scissures de Sylvius, les nerfs, les artères de la base de l'encéphale paraissent symétriques. La *protubérance* est petite, ainsi que le bulbe dont les *pyramides* et les *olives* sont symétriques ; pas de tubercules miliaires. *Cervelet et isthme* : 100 grs. Sur toute la surface, la pie-mère adhère à la substance nerveuse à des degrés variables. — *Moelle épinière* : 35 gr.

THORAX. — A l'ouverture de la cavité thoracique on ne trouve pas de liquide dans les plèvres. Les *poumons* sont entièrement adhérents du sommet jusqu'à la base ; il faut littéralement les sculpter pour les extraire. A l'ouverture du sommet gauche, on trouve une quantité de *petites cavernes* de la grosseur d'une bille, le reste du poumon est farci de nodules de broncho-pneumonie bacillaire ; à droite, mêmes lésions, un peu moins développées. On ne trouve plus trace de *thymus*. Le *sac péricardique* contient une très faible quantité de liquide citrin. *Cœur* : pèse 180 gr. ; les cavités ne contiennent pas de caillots, on ne note rien de particulier.

La GLANDE THYROÏDE présente une vascularisation intense, tout à fait remarquable. Les vaisseaux courent à

sa surface et semblent l'envelopper d'un véritable réseau ;

FIG. 31. — Hémisphère gauche. — T, tumeur en place.

l'organe est bien développé, pèse 5 gr. ; la moitié gauche un

peu moins grande et un peu moins lourde que la droite. Pyra-

Fig. 32. — T, Tumeur sortie de sa cavité. — C, cavité.

mide de Lalouette atteignant presque le sommet des lobes.

Abdomen. — Pas de liquide à l'ouverture de la cavité péritonéale ; pas d'adhérences. *L'estomac*, dont la muqueuse est normale, contient un peu de liquide alimentaire. Le *pancréas* pèse 35 gr., paraît normal ; la *rate*, assez consistante, ne présente rien de particulier à la coupe (60 gr.). *Foie*: 1.000 gr. ; d'un aspect rappelant légèrement le *foie muscade*. Sur de nombreuses coupes parallèles, on rencontre, disséminés dans tout le parenchyme hépatique, des *tubercules* variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une petite noix ; les plus grosses de ces *tumeurs*, à parois épaissies, contiennent une bile jaune verdâtre qui s'échappe à la coupe. La *vésicule biliaire*, à parois très pâles, contient une très faible quantité de bile jaunâtre. *Capsules surrénales* : voir plus loin l'examen histologique. *Reins*, le gauche pèse 80 gr. il se décortique facilement, présente à son ouverture un *tubercule* de la grosseur d'une noisette et quelques autres plus petits disséminés dans tout l'organe ; le reste de la substance corticale paraît normale ; le rein droit pèse 85 gr., il présente, comme à gauche, quelques *tubercules* de même nature, mais un peu plus petits et en moins grand nombre. L'*intestin* ne contient aucun parasite ; de place en place, sur une longueur d'environ 1 m. 50 à partir du cœcum, on remarque sur l'intestin grêle un véritable *semis de petits tubercules* de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une lentille. Les *organes génitaux* (utérus, trompes et ovaires) sont infantiles.

Examen histologique.

Préparation et description de M. le Dr Rossi.

Foie. — *Macroscopiquement*, sur des coupes répétées, on remarque que le tissu hépatique présente une coloration jaunâtre, il est friable et à l'aspect d'un foie graisseux. En de nombreux endroits, on trouve des cavités variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette, tapissées intérieurement d'une membrane lisse, verdâtre, et contenant de la bile. Ces cavités représentent certainement des kystes développés aux dépens des canaux biliaires. *Histologiquement*, sur la coupe pratiquée au niveau de ces cavités et comprenant également une portion de tissu hépatique on voit que l'organe est nettement atteint de *dégénérescence granulo-graisseuse* et en quelques endroits il existe une infiltration cellulaire tantôt diffuse, tantôt circonscrite, entre les travées hépatiques. Cette infiltration est constituée par des cellules embryonnaires et épithélioïdes, et par quelques rares cellules géantes. Le tissu conjonctif

ne paraît pas épaissi ; en outre, la coupe intéresse dans sa partie inférieure la paroi d'une de ces formations kystiques décrites plus haut. Cette paroi est formée par de fines fibrilles conjonctives ; la conservation de la pièce ne permet pas de retrouver l'épithélium de revêtement.

Glande thyroïde (lobe moyen). - Sur la coupe histologique, l'architecture normale du tissu est fortement bouleversée ; on retrouve cependant en divers points des vésicules thyroïdiennes renfermant de la substance colloïde. Ce qui frappe au premier examen, c'est l'abondance énorme de *follicules tuberculeux typiques*, composés chacun d'une ou de plusieurs cellules géantes, d'un grand nombre de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires. Dans le tissu qui sépare les follicules, l'infiltration embryonnaire est également très nette. La trame conjonctive est représentée par des faisceaux de tissu conjonctif adulte, soit normaux, soit avec tendance à la prolifération évoluant vers la *sclérose*. Les vaisseaux sont en partie perméables, à parois non épaissies et sans prolifération périvasculaire ou pariétale ; dans d'autres, au contraire, on note un épaississement notable des parois, avec infiltration.

Capsule surrénale.— Sur une coupe transversale, le tissu de la capsule n'offre pas *macroscopiquement*, l'aspect normal mais il se présente comme un tissu blanc, nacré, lardacé, plus résistant qu'à l'état sain, et cela, d'une façon uniforme sur toutes les coupes pratiquées dans l'organe. Nulle part on ne trouve de points évidents de ramollissement ou de caséification. *Histologiquement*, on ne trouve plus en aucun point la structure normale des différentes couches de la capsule surrénale ; il domine un tissu amorphe se colorant fortement et régulièrement par l'éosine et représentant soit du tissu caséifié, soit plus vraisemblablement, étant donné l'examen microscopique, du tissu putréfié (autopsie en juillet).Entre les différentes travées de ce tissu, on remarque une infiltration embryonnaire considérable et en divers endroits des *follicules tuberculeux* plus ou moins schématiques.

Réflexions. — I. Les antécédents sont peu chargés, mais les renseignements sur la famille laissent un peu à désirer. Signalons un *grand oncle maternel* mort *fou*, une *tante* morte de *méningite*, une *sœur* de *tuberculose*.

II. Vers la fin de la *grossesse*, au début du neuvième mois, la mère éprouve une peur violente avec une forte commotion et une sensation de déchirement dans le ventre suivie de l'*accouchement prématuré*.

III. L'enfant présente dès la *naissance*, quoiqu'elle ait crié aussitôt, une *cyanose* qui aurait persisté trois semaines et une *torpeur* telle qu'on devait la réveiller pour l'allaiter (6 mois). Alors, petites *crises convulsives*, quotidiennes, qui déterminent du *strabisme* (un an). De 3 à 9 ans, arrêt de développement physique.

L'état anormal de l'enfant a été relevé par la mère dès les premiers temps de la vie. L'idiotie se caractérise peu à peu : marche, préhension, propreté tardives, inattention, inconscience, etc. A son entrée, elle s'était un peu améliorée et le diagnostic porté fut celui d'*imbécillité prononcée*.

IV. Des symptômes spéciaux permirent de préciser la variété particulière de l'imbécillité. Il s'agit d'un cas de *mongolisme* : nanisme (1 m. 09 au lieu de 1 m. 24 à l'admission); — physionomie mongolienne : paupières obliques, coloration rose des joues, de l'extrémité du nez et du menton ; — déformation spéciale des mains et des oreilles bien mise en relief par la *description* détaillée de la maladie, par les *figures* qui accompagnent l'observation ; attitude en tailleur, etc.

V. Le *traitement thyroïdien* a eu sur la *taille* d'incontestables résultats. Notre malade a, en trois ans et demi (de janvier 1902 à juillet 1905), gagné *dix centimètres* sous l'influence de la glande thyroïde. On ne peut d'ailleurs attribuer à la *croissance normale* cette augmentation de la taille — qui *était arrêtée* et n'était observée que pendant les *périodes de traitement*. A chacune des périodes thérapeutiques, le *poids* a baissé, quelquefois d'une façon assez considérable, pour revenir assez vite à sa normale après la cessation de la glande. Rappelons l'éveil intellectuel, la modification heureuse du caractère, l'enjouement, la moquerie, les réflexions originales, l'activité phy-

sique qui se manifestent sous l'action de la glande (p. 434, 435, etc.).

Souvent dans les premiers jours de chaque médication, on observe une élévation en général assez légère de la *température* (1) *rectale* (celle qu'on doit constamment prendre). Nous employons toujours la *glande thyroïde fraîche du mouton* examinée avec soin, car il nous est arrivé de trouver des lésions, dernièrement un abcès volumineux (2).

Nous commençons la première fois par 0 gr. 25, puis nous montons successivement à 0 gr. 75, 1 gr., 1 gr. 25, 1 gr. 50, rarement au-delà. — La seconde fois nous débutons par 0 gr. 50. — Le traitement dure trois mois (sauf s'il y a un amaigrissement rapide), et recommence après une suspension de 3 mois.

Dans tous les cas d'idiotie ou d'imbécillité mongolienne, la glande thyroïde nous a donné de bons résultats.

VI. L'*idiotie mongolienne* ou *mongolisme* se termine souvent par la mort, occasionnée par la *tuberculose* : tel est le cas de Cott... Ici, la *tuberculose* a été à peu près généralisée : poumons, foie, *glande thyroïde*, capsules surrénales, reins, intestin grêle. Notons enfin deux *tumeurs fibro-sarcomateuses* des *hémisphères cérébraux*, qui ne se sont traduites par aucun symptôme significatif durant la vie.

VII. Ce cas s'ajoute à la plupart des précédents en montrant que la mort survient souvent avant 20 ans ; — qu'elle s'accompagne de *lésions profondes de la glande thyroïde* (chez Cott..., de *tuberculose*). Ce n'est qu'exceptionnellement que la vie se prolonge au-delà,

(1) Dans les premiers essais faits dans le service, l'élévation était plus prononcée parce que la dose, dès le début, était plus élevée. — L'expérience nous a montré qu'il était plus prudent de commencer par une dose plus faible (B).

(2) Les spécialités ne nous ont pas été fournies d'ordinaire par l'administration. Nous les avons employées fréquemment dans notre clientèle (B).

Cependant à l'asile de Bailleul nous avons eu une mongolienne, Bla... (Henriette), âgée de 38 ans (1).

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXVIII. — **Ueber Narkoselaehmung des N. cruralis und obturatorius (Sur la paralysie par narcose des nerfs cr. et obt.)** par SIEGFRIED KLEMPNER, de Berlin. (*Neurol. Centralbl.*, vol. XXV, fas. 3, p. 107 à 111.)

D'après K., il n'existerait que trois cas de paralysie du crural par anesthésie, et la paralysie de ce nerf combinée avec celle de l'obturateur n'aurait pas encore été décrite.

Une femme de 42 ans, VIpare, atteinte de prolapsus de l'utérus, fut anesthésiée au chloroforme pendant trois heures et demie pour une extirpation totale de l'utérus et du vagin, les membres inférieurs étant maintenus par les aides. Après quelques jours d'alitement, elle constata que la jambe gauche était « raide » et que la marche était impossible. Quelque temps après, K. constate

(1) Voici la liste de nos publications personnelles : Bourneville. Art. dans *Traité de médecine de* Brouardel et Gilbert, t. IX, page 58 (1901-1902). — *Idiotie du type mongolien* (Compte-rendu de Bicêtre de 1901, p. 137-147 ; — *Idiotie du type mongolien* (Compte rendu de 1902, p. 3-13 ; — Bourneville et J. Boyer. *Imbécillité congénitale. Type mongolien.* (Ibidem., p. 21-35) ; — Bourneville. *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bruxelles, 1903, t. III, p. 282 ; — Bourneville et Reine Maugeret, *Nanisme mongolien*, (Compte rendu, 1903, p. 149) ; — *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Rennes, août 1905. — Tous les samedis, depuis bien des années, nous faisions voir aux visiteurs de notre service, par comparaison, un groupe de *myxœdémateux* et un groupe de *mongoliens*. (Voir aussi *Progrès Médical* 1903, n° 31, p. 120 et *Archives de Neurologie*, 1903, 2e série, t. XVI, p. 252.) ; — C'est avec les *cerveaux* et les *glandes thyroïdes* que nous leur avions donnés que MM. Philippe et Oberthur ont fait leurs études histologiques (Compte rendu de Bicêtre, 1902, p. 19 ; Ibid., 1903, p. 169) (Ibid., 1903, p. 173-175). Citons enfin la thèse de notre élève, le Dr Desgeorges, *Contribution à l'idiotie mongolienne*. Paris, 19 mai 1905. — Signalons aussi les cas récents de M. Comby, *Mongolisme infantile* (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, avril 1905, p. 935, et *Archives de médec. infant.*, avril 1905) ; — Chartier, *Idiotie mongolienne* (*Archives de méd. des enfants*, 1906, p. 99 et 381). — Séris (Jean), *Le mongolisme infantile*, 1906. — Dans nos autres publications nous avons cité les travaux étrangers.

les symptômes suivants : le bassin s'incline fortement à gauche quand la jambe gauche est portée en avant. Dans le décubitus, la malade est incapable d'élever la jambe gauche, d'étendre le genou et de faire des mouvements d'adduction. La rotation de la jambe en dehors et en dedans est imparfaite. La sensibilité au contact et à la piqûre est légèrement diminuée ; les troncs du crural et de l'obturateur sont particulièrement sensibles à la pression. Abolition du réflexe patellaire. Atrophie considérable du quadriceps et des adducteurs. Forte diminution de l'excitabilité directe et indirecte, galvanique et faradique, de ces muscles. Quelques semaines plus tard, l'état s'était beaucoup amélioré, les réactions électriques étaient presque normales, mais le réflexe patellaire était toujours aboli.

K. passe en revue les diverses causes possible de paralysie et élimine successivement : la lésion des troncs nerveux pendant l'opération (rapidité de l'amélioration) ; — l'inflammation des troncs nerveux par une paramétrite (examen négatif pendant l'opération) ; — la compression mécanique au cours de l'opération ; il admet l'influence combinée de la flexion forcée avec abduction de la cuisse et de l'intoxication chloroformique aiguë. CH. BONNE.

XXIX.— **Kleine motorische Epilepsie (petite ép. motrice)** ; par VACLAV PLAVEC, de Prague. (*Neurol. Centralbl*, vol. XXV, fas. 3, p. 111 à 119 ; fas. 4, p. 164 à 173 ; fas. 5, p. 207 à 211.

Un garçon de huit ans, à lourde hérédité épileptique reçut une poutre sur la tête. Il y eut perte de connaissance. Trois ans plus tard, apparurent des secousses convulsives de la moitié gauche de la face et de la langue. Quelques années après, il y eut en outre de véritables attaques d'épilepsie. L'A. passe longuement en revue, à propos des secousses localisées qui pendant plusieurs années furent les seuls symptômes, les opinions émises sur la valeur diagnostique de ces phénomènes et sur les rapports cliniques et pathogéniques du « petit mal moteur » avec les tics et certaines myoclonies. Il discute en outre chacune des particularités qui peuvent permettre d'affirmer la nature épileptique des convulsions localisées survenant sans autre symptôme (évolution, hérédité, survenance ou cessation pendant le sommeil, paralysie ou parésie consécutives à l'accès, influence du bromure, etc.)

CH. BONNE.

XXX — **Ueber Arsenikneuritis Sur la névrite arsenicale** ; par FRANZ CONZEN, de Leipzig. (*Neurol. Centralbl.*, vol. XXV, fas. 1, p. 18 à 20, 1 fig.)

La malade (24 ans) maniait depuis huit semaines une solution arsénicale quand apparurent les premiers symptômes : engourdissement, troubles trophiques cutanés et unguéaux des mains.

L'action locale du poison est d'autant plus évidente que les symptômes prédominaient dans les 2, 3e et 4e doigts, plus exposés que les pouces et les auriculaires à l'absorption cutanée de la solution. CH. BONNE.

XXXI. — **Le cœur dans la maladie de Friedreich** ; par LAUNOIS et POROT. (*Revue de médecine*, nov. 1905.

Observation d'une jeune malade de 15 ans atteinte de maladie de Friedreich, morte de congestion pulmonaire et qui présentait en outre des troubles cardiaques. L'autopsie révéla une myocardite intense avec sclérose interstitielle. Ce cas peut être rapproché de cas déjà observés d'affection de Friedreich avec lésions cardiaques, lésions de myocardite notamment, lésions valvulaires, altérations des centres cardiaques bulbaires. L'évolution de ces symptômes est lente et suit parallèlement les accidents nerveux. Il est possible qu'ils soient une conséquence des éléments toxi-infectieux de l'enfance qu'on retrouve presque toujours dans l'étiologie du syndrome de Friedreich. M. HAMEL.

XXXII. — **Un cas de myasthania gravis (asthénie bulbo-spinale) terminé par la mort brusque et suivi d'autopsie.** (Dans l'état actuel de nos connaissances, quelle place doit-on donner en nosographie à la maladie d'Erb-Goldflam ?); par LECLERC et SARVONAT. (*Revue de Médecine*, nov. 1905).

Observation d'une malade de 23 ans atteinte depuis quelques mois du syndrome d'Erb et qui mourut brusquement au cours de l'affection dans un accès de dyspnée.

Passant ensuite en revue les divers cas observés de myasthenia gravis, les auteurs croient de voir conclure que le syndrôme d'Erb-Goldflam doit plutôt être envisagé comme un syndrome dont l'étiologie et les altérations anatomiques sont variables.

M. HAMEL.

XXXIII. — **Un cas d'acromégalie sans hypertrophie du corps pituitaire avec formation kystique dans la glande**; par WIDAL, ROY et FROIN. (*Revue de Médecine*, avril, 1906.)

Dans le cas dont il s'agit, le corps pituitaire était très altéré dans ses éléments ; en outre de deux petits kystes, il y avait une atrophie notable avec sclérose du lobe glandulaire. Les auteurs font remarquer que dans l'acromégalie, on ne trouve pas toujours des tumeurs avec hypertrophie de l'hypophyse et qu'il faut plutôt y voir des troubles de fonctionnement. Il est à remarquer d'ailleurs que, d'après certains auteurs (Mendel), la théorie hypophysaire de l'acromégalie n'est pas encore définitivement prouvée. M. H.

XXXIV. — **Aphasie hystérique avec agraphie, cécité et surdité verbales ; distinction du mutisme et de l'aphasie hystériques** ; par M. Paul Courmont. (*Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, 16 mai 1905.)

L'observation rapportée par l'auteur est remarquable par la complexité des modalités de l'aphasie de réception et de transmission. Elle vient s'ajouter à celles de Lépine, Ballet et Sollier Raymond et Janet, Antony .. pour prouver l'existence d'une *aphasie hystérique* avec toutes les modalités de l'aphasie organique. C'est, avec celle d'Antony, le seul fait avec cécité verbale.

Observation : Alcoolisme. Hystérie chez une femme de 22 ans Aphasie hystérique avec aphémie, agraphie. Surdité et cécité verbales sans cécité psychique avec quelques troubles d'amnésie. Hémiplégie et hémianesthésie droites. Dissociation des troubles d'aphasie pour les langues française et allemande.

Guérison de l'aphasie totalement pour le français, incomplètement pour l'allemand.

De l'étude de l'aphasie et du mutisme hystériques l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° Le mutisme hystérique décrit par Charcot n'est autre chose qu'une aphasie de transmission (aphémie) sans agraphie, ni surdité ou cecité verbales. Le mutisme hystérique rentre donc dans le cadre plus vaste de l'aphasie hystérique ; 2° Il y a lieu de décrire chez les hystériques un mutisme auquel devrait être réservé le nom de « mutisme volontaire des hystériques » qui est à séparer des aphasies et à rapprocher des autres mutismes. Son caractère principal est d'être causé par un trouble de la volonté, si bien que le sujet, non seulement ne peut pas parler ni écrire, mais ne veut traduire par aucune manifestation ses pensées et ses sentiments. Ce mutisme d'origine psychique est à rapprocher des autres mutismes des états dépressifs; 3° Le diagnostic de ce mutisme volontaire des hystériques est facile avec le type Charcot (aphémie hystérique) où le malade exprime sa pensée de toutes les autres façons ; plus difficile avec le type d'aphasie hystérique complète de réception et de transmission.

Les différences entre l'aphasie hystérique type Charcot et type complet) et le mutisme des hystériques peuvent se résumer par cette formule :

Dans l'aphasie hystérique, le sujet *ne peut pas parler*, dans le mutisme hystérique vrai *il ne veut pas parler*.

L'auteur propose, au point de vue de la classification et de la monenclature nosologique : *a*) d'appeler « aphémie hystérique » de Charcot », le type décrit par Charcot sous le nom de mutisme hystérique, ce qui le fait rentrer dans le cadre plus vaste de »l'a-

phasie hystérique » ; *b*) de distinguer de ces deux types ce qu'on pourrait appeler le *mutisme volontaire des hystériques.* »

Essai de classification de ces divers états :

Aphasie (involontaire)	I. Organique	
	II. Hystérique	1 Aphémie pure (type de Charcot). 2 Type complet avec : aphémie, agraphie, cécité verbale, surdité verbale (Observ. de l'auteur). 3 Forme de transition.
Mutisme	I. Organique II. Inorganique (volontaire).	Des sujets sains, des hystériques, des états dépressifs,

G. CARRIER.

XXXV. — **Sur un cas de tétanos céphalique avec ophtalmoplégie** ; par MM. R. LÉPINE et SARVONAT. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 31 mai 1905.)

Observation d'un homme de 49 ans, qui, à la suite d'un coup de fouet sur l'œil droit ayant déterminé une panophtalmie qui nécessita l'énucléation de l'œil, présenta, 6 jours après, du tétanos céphalique. Il n'existait de troubles que du côté de la face.

A droite : Paralysie du facial inférieur ; à gauche : ophtalmoplégie, immobilité du globe oculaire sauf quelques légers mouvements d'abduction ; ptosis à peu près complet avec élévation du sourcil et sans contracture du côté de l'orbiculaire. Pupille étroite (3 mm.) ne réagissait ni à la lumière ni à l'accomodation. Mort 9 jours après le début du tétanos. Pas d'autopsie.

Cette observation s'ajoute aux faits de tétanos céphalique dans lesquels des accidents paralytiques ont précédé le trismus. L'ophtalmoplégie est, d'autre part, un symptôme rare du tétanos céphalique. G. C.

XXXVI. — **La trépidation épileptoïde du pied pendant l'anesthésie** ; par MM. LANNOIS et H. CLÉMENT. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 31 mai 1905.)

Les auteurs ont étudié la question des réflexes dans le sommeil anesthésique chez quelques malades endormis la plupart pour des interventions sur la mastoïde. Voici les résultats qu'ils ont observés ;

1° Comme l'ont vu les expérimentateurs, la disparition de la sensibilité cutanée et oculaire, du réflexe crémastérien est la première à se produire. Les réflexes patellaires, d'abord exagérés, disparaissent à leur tour.

2° Le phénomène du pied, apparaît de quatre à sept minutes après l'anesthésie cutanée et demande une anesthésie générale très complète. Dans une demi-anesthésie le phénomène ne peut pas s'établir. La trépidation épileptoïde est plus courte à s'installer qu'à s'en aller, elle survient peu de temps après la disparition du réflexe oculaire et persiste encore lorsque celui-ci est redevenu normal et alors que le malade est réveillé.

3° La trépidation épileptoïde du pied qui se produit sous l'anesthésie est indépendante de la tonicité musculaire puisqu'elle existe pendant la phase d'atonie et de placidité complète.

4° Si la trépidation épileptoïde apparaît sous l'anesthésie et va s'exagérant de plus en plus, le phénomène du genou qui lui semble lié fréquemment en clinique, ne se manifeste pas ; il convient donc de les distinguer.

5° Les réflexes tendineux de la trépidation épileptoïde ne suivent pas les mêmes lois et partant doivent être différents comme lieu d'origine. Le centre du clonus du pied est donc différent du centre des réflexes rotuliens; il est vraisemblablement intermédiaire entre celui-ci et les centres des réflexes organiques de la circulation et de la respiration ; d'où l'importance qu'il y a à surveiller la trépidation épileptoïde au cours des anesthésies.

G. Carrier.

XXXVII. — **Considérations à propos d'un cas d'hyppus observé au cours d'un abcès cérébral**; par M. Ch. Bourret. (*Lyon médical*, 24 juin 1906, p. 1270.)

Observation d'un enfant de 13 ans qui présenta à la suite d'une otorrhée avec troubles du côté de la mastoïde, un abcès cérébral. Il présenta avec des phénomènes cérébraux inquiétants, le phénomène d'hippus à gauche ; la pupille gauche dilatée présentait des mouvements spontanés et rythmiques et de constriction et de dilatation. Pas d'hémianopsie. La paupière droite semblait se froncer moins énergiquement que la gauche. Pas de paralysie de la musculature externe de l'œil. Pas de nystagmus. Légère diminution de la force musculaire du membre supérieur gauche. L'intervention d'urgence donna issue à un abcès du volume d'un œuf de pigeon, contenu à l'intérieur de la substance cérébrale et paraissant siéger au niveau de la partie moyenne de la 2e circonvolution temporale droite.

Après l'opération, l'hippus persiste encore sept à huit jours avec une prédominance assez marquée du côté gauche, puis il diminua beaucoup d'intensité et finit par disparaître.

Trois semaines après, le phénomène d'hippus redevint très évident, avec prédominance encore du côté gauche. Les symptômes cérébraux reparurent, une ponction lombaire donna issue à un liquide louche et l'enfant mourut de méningite.

Au point de vue du phénomène d'hippus les faits sont intéressants : d'abord la prédominance du trouble du côté opposé à la lésion, puis sa disparition après l'intervention et sa réapparition au moment de nouvelles perturbations méningées.

La signification et la valeur séméiologique réelle du phénomène, semblent à l'auteur difficile à établir exactement. G. C.

XXXVIII. — **Sclérose et hystérie** ; par M. Faisant. (*Société de médecine de Lyon* in *Lyon médical*, 1er juillet 1906.)

Homme de 44 ans, éthylique présentant une association hystéro-tabétique. Nie la syphilis. Les symptômes relevant du tabes sont les plus nombreux : signe de Romberg, signe d'Argyll, perte du sens musculaire, incoordination motrice, crises gastriques, douleurs fulgurantes, ébauche de troubles sphinctériens. D'autres symptômes prouvent l'existence de lésions siégeant sur le névraxe ailleurs qu'aux cordons postérieurs ; exagération des réflexes rotuliens, nystagmus.

L'hystérie est enfin affirmée grâce au rétrécissement concentrique des champs visuels et aux zones hystérogènes.

Cette observation est un cas d'hystéro-tabes combinés, rentrant dans ce que Crouzon appelle sclérose combinée avec association de symptômes spasmodiques et de troubles tabétiques. G. C.

XXXIX. — **Tic douloureux de la face guéri par les injections d'antipyrine**; par M. Grandclément. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*. 9 mai 1906, in *Lyon méd.* 8 juillet 1906.)

Observation d'une malade guérie par les injections d'antipyrine en quinze jours, d'un tic douloureux de la face, de la véritable névralgie épileptiforme de Trousseau.

Cette névralgie avait résisté pendant 17 ans à tous les traitements, y compris l'électrisation par les courants continus de haute intensité, et l'opération de la névrotomie pratiquée il y a quatre ans sur les trois branches du trijumeau.

C'est le douzième cas de tics douloureux de la face, sur 14 cas traités, que l'auteur a guéri par cette méthode qu'il a conseillée il y a plus de vingt ans. G. C.

XL. — **Méningite tuberculeuse sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien** ; par M. Pauly. (*Société de méd. de Lyon*, 25 juin 1906, in *Lyon méd.* 15 juillet 1906.)

Dans un cas de méningite tuberculeuse que M. Pauly vient d'observer, la ponction lombaire pratiquée l'avant-veille de la mort donna un liquide un peu trouble avec léger reflet rougeâtre, contenant beaucoup d'albumine. L'examen cytologique n'a montré que des globules rouges et quelques rares polynucléaires, sans aucun autre élément. A l'autopsie, on trouva de la tubercu-

lose viscérale et sur le cerveau un exsudat fibrineux à la surface des circonvolutions, avec des extravasations sanguines au niveau du lobe frontal ; le long des sylviennes quelques granulations comme des grains de semoules.

Les premiers symptômes méningés dataient de trois semaines.

Ce fait montre que la formule cytologique de Widal et Sicard n'est pas constante dans la méningite tuberculeuse. G. C.

XLI. — **Rapports du syndrome neurasthénique et du syndrome labyrinthique**, par M. Royet. (*Société de médecine de Lyon*, 25 juin 1906. in *Lyon méd.* 15 juillet 1906.)

Des recherches auxquelles s'est livrée M. Royet, en constatant la grande fréquence de la neurasthénie chez les vertigineux et du vertige chez les neurasthéniques, découle que les deux syndromes ont entre eux des analogies pouvant faire penser à une identité. Tous les symptomes cardinaux de la neurasthénie, ses stigmates, peuvent être réalisées par des excitations anormales des organes labyrinthiques.

L'*asthénie neuro-musculaire* qui est la traduction d'un état d'hypotonus musculaire se rencontre chez les vertigineux et dans diverses maladies de l'oreille.

L'*asthénie digestive* sous la dépendance de l'hypotonus des fibres musculaires se rencontre souvent dans les états vertigineux et dans les maladies du cavum.

La *céphalée neurasthénique* est l'image fidèle de la céphalée des rhino-pharyngites inflammatoires aigues ou chroniques.

Les *différentes sensations douloureuses*, rachialgie, scapulalgie, douleurs interscoscales sont souvent observées dans les rhino-pharyngites latérales.

Les *troubles circulatoires et respiratoires* d'origine otique ou nasale s'observent souvent en clinique.

L'*angoisse* est parfois la conséquence des troubles circulatoires ou respiratoires, souvent les précède et les détermine aussi bien chez les labyrinthiques que chez les neurasthéniques.

On doit donc étudier avec soin l'oreille et rechercher les lésions rhino-pharyngiennes de façon à pouvoir faire un point de départ exact au syndrome observé. Cette recherche a un très grand intérêt pratique puisque un grand nombre de vertiges comme beaucoup d'autres symptômes voisins sont curables par un traitement du rhino-pharynx. G. C.

XLII. — **Deux cas de galéanthropie hystérique accompagnés l'un d'aphonie, l'autre d'aphasie, d'agraphie et de varices jugulo-faciales**, par M. J. de Teyssier, (*Lyon méd.* 15 juillet 1906 n° 28.)

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune fille de 25

ans présentant des crises nerveuses depuis 5 ans. Une de ses sœurs est une névropathe avérée présentant des crises de dyspepsie. A l'examen peu de stigmates hystériques : insensibilité cornéenne, anesthésie pharyngée, réflexes rotuliens exagérés.

Elle présente de grandes crises ou les phases de tonisme et de clonisme ont perdu de leur importance pour céder le pas à des phénomènes délirants. A la suite d'une de ses crises, elle eut un délire hallucinatoire à forme lycanthropique. Elledit être un chat, « un chat très méchant qui mord tout le monde ». Cette crise de galéanthropie dura cinq heures. La malade présenta en outre, à plusieurs reprises de l'aphonie, phénomène qui sans être rare, mérite d'être signalé.

Cette observation est celle d'une hystérie bien caractérisée et bien classique.

Chez cette malade cette forme de délire ne se présenta qu'une seule fois et fut motivée par le récit fait deux jours auparavant de l'histoire d'un chat enragé, qui dans une famille, avait mordu huit personnes.

La seconde observation est celle d'un enfant de 9 ans né d'une mère variqueuse et ne présentant aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel. Brusquement, sans que rien n'ait pu motiver l'explosion subite de la névrose, il fut pris d'unaccès d'agitation violente.

La scène avait débuté par des mouvements désordonnés des quatre membres, puis l'enfant était resté la proie d'un violent délire, délire de paroles et d'action, il ne reconnaissait personne, était brutal, frappait, injuriait. Au bout de quelques heures le calme renaissait ; l'enfant, très abattu conservait les symptomes suivants ; impotence fonctionnelle des quatre membres, hyperesthésie généralisée enfin des phénomènes très nets d'aphasie. Aphasie motrice avec alexie complète et agraphie. Pendant que les phénomènes d'aphasie persistaient on nota des accidents variés qui s'entremêlaient et se reproduisaient avec une grande fréquence.

Crises syncopales, crises d'étouffement, vertiges passagers, grincements de dents. Il manifesta des instincts d'anthropophagie. Les hallucinations allaient souvent jusqu'au dédoublement de la personnalité ou jusqu'à la lycanthropie. Il faisait à la fée miraculeuse « le coq » ; il lui arriva de s'identifier à un chien et plusieurs fois à un chat. Dans un accès de galéanthropie, il courait à quatre pattes, miaulait, griffait.

Dans l'intervalle des crises, l'enfant était bien ; il présentait un esprit éveillé. Il était porteur de varices nombreuses et particulièrement au niveau des jugulaires, surtout à gauche. La jugulaire antérieure se dessine sous les téguments, de même la jugulaire externe et la temporale superficielle. Le territoire de la

jugulaire interne est intéressée : la voie faciale et ses affluents forment un paquet variqueux qui lors des efforts forme à ce niveau une masse du volume d'une grosse noix. La moitié gauche de la lèvre inférieure et l'extrémité antérieure gauche de la langue présentent un petit paquet variqueux. La moitié gauche de la voûte palatine et de la face interne de la gencive supérieure, l'amygdale gauche, sont transformées en surfaces érectiles, au niveau desquelles on voit se dessiner un abondant lacis vasculaire violacé. Dans le fond de l'œil on retrouve les mêmes dilatations vasculaires violacées. Pas de trouble moteur, sensitif, réflexe, ni trophique. Pas de stigmates hystériques.

L'enfant était donc un hystérique porteur de varices congénitales. Pour l'auteur il n'est pas impossible que ces varices aient joué quelque rôle dans l'éclosion de la névrose. Elles ont une souche commune : l'arthritisme.

Cette seconde observation est intéressantes par les deux affections nerveuse et veineuse réunies chez le même malade.

Elle l'est aussi par les phénomènes nerveux présentés par le petit malade comme ceux de l'aphasie hystérique, qui sont chose rare et les accès galéanthropiques qui revinrent à plusieurs reprises et alternaient avec d'autres variétés du délire zoanthropique. G.C.

XLIII. — **Une épingle rouillée dans le bulbe** ; par MM. Devic et Nordmann. (*Lyon médical*, 22 juillet 1906, n° 29.)

Observation d'une femme de 48 ans, ayant présenté les symptômes suivants : grand alcoolisme ; un accès de delirium tremens il y a un an, parésie douloureuse des membres inférieurs depuis deux ans ; pituites matinales, tremblement etc. Délire très net il y a huit ans, gros foie sans ascite, épistaxis fréquentes, grosse rate. Pleurésie droite il y a douze ans, toux fréquente et bronchites répétées depuis cette époque, pleurésie droite récente, tuberculose pulmonaire. Albuminurie légère, état fébrile, délire.

A l'autopsie ; on ne trouve rien aux vertèbres, la pie-mère est un peu plus vasculaire que de coutume. Rien au cerveau, pas d'hydrocéphalie ventriculaire ni méningite. On sectionne sans difficulté les pédoncules cérébraux. Au moment où on veut séparer le cervelet du bulbe et de la protubérance, on sent un corps solide et piquant sous le doigt. On voit qu'il s'agit d'un corps métallique, aiguille ou épingle recouverte partout d'une couche uniforme et épaisse de rouille, une portion est libre, l'autre est fixée dans l'épaisseur du bulbe. Le point de pénétration dans le bulbe est situé tout près de la ligne médiane, un peu à gauche de celle-ci et à 2 ou 3 millimètres au-dessus du bec du calamus. Le trajet intra-bulbaire de ce corps est oblique de gauche à droite, de bas en haut et un peu d'arrière en avant ; partant de l'aile blanche

interne gauche, il traverse la ligne médiane, l'aile blanche interne droite et l'aile grise, sans atteindre en hauteur le sillon bulbo-protubérantiel, ni faire saillie à la partie antéro-externe droite du bulbe. La portion intra-bulbaire mesure de 11 à 13 millimètres de longueur. La portion extra-bulbaire a 24 à 25 millimètres de longueur. Tout autour du trajet intra-bulbaire sur une étendue de 7 millimètres environ, le tissu nerveux est légèrement ramolli et de même coloration ocreuse que la surface du corps métallique. Sur le plancher du 4e ventricule, il n'y a ni hémorragie, ni exsudat.

D'après les renseignements recueillis, les auteurs croient que l'épingle a séjourné neuf jours dans le bulbe, sans que la malade ait présenté aucun trouble fonctionnel apparent.

Cette observation montre qu'il faut de plus en plus renoncer aux localisations simplistes de Legallois et Flourens, car il est bien certain que pour produire des troubles graves il faut des lésions très étendues au niveau du 4e ventricule.

La lésion dans ce cas a été fixe et assez limitée et n'a donné que des troubles passagers et passés inaperçus, pour rester ensuite complètement latente. G. Carrier.

XLIV. — **De la méningite otogène et de sa curabilité** ; par MM. Lannois et Perretière. (*Lyon médical*, 12 août 1906, n° 32.)

La méningite otogène est une complication relativement fréquente des suppurations de l'oreille. Les auteurs ne veulent parler ici que de la lepto-méningite aiguë d'origine otique.

La question de sa curabilité a provoqué depuis dix ans de nombreuses publications qui ont modifié dans une certaine mesure la conception ancienne de la non curabilité de la méningite. Comme contribution à cette étude les auteurs rapportent un cas qu'ils ont observé et où l'intervention leur a permis d'obtenir une amélioration manifeste des accidents méningés.

Observation. — Résumée ; otorrhée bilatérale datant de l'enfance. Recrudescence depuis un mois. Jeune homme de 16 ans, signes de réaction mastoïdienne avec symptômes cérébraux depuis huit jours.

A l'entrée. Leptoméningite aiguë suppurée diffuse, prouvée par le tableau clinique et la ponction lombaire (liquide séro-purulent polynucléose abondante.)

Intervention : Trépanation large de l'apophyse, carie du toit de l'antre, ouverture de la fosse cérébrale moyenne, incision crurale de la dure-mère. ponctions de la substance cérébrale : liquide céphalo-rachidien louche s'écoulant en jet du ventricule.

Amélioration immédiate et très manifeste après l'intervention, mais persistance du ralentissement du pouls. Reprise des phéno-

mènes cérébraux douze jours après l'intervention. Deuxième ponction lombaire : liquide clair, lymphocytose prédominante, pas de microorganismes.

Diagnostic posé : Abcès encéphalique masqué antérieurement par le syndrome méningitique aigu. Mort au 15e jour.

Autopsie : abcès de l'hémisphère droit cérébelleux.

L'examen du rocher fait ultérieuremeut montra qu'il existait deux lésions très distinctes. D'abord les lésions d'antrite et de carie osseuse du toit sur lesquelles avait porté l'intervention. En second lieu, une labyrinthite suppurée chronique ; toutes les cavités de l'oreille interne étaient remplies par un magma purulent d'aspect caséeux qui les obturait complètement.

Les auteurs pensent que les lésions d'antrite fongueuse avaient déterminé au niveau de la carie du toit un petit abcès extra-dural avec fongosités et déterminé les phénomènes de méningite. La labyrinthite suppurée était responsable de l'abcès cérébelleux comme le prouvait la propagation du pus dans le conduit auditif interne. C'est du reste une des voies les plus fréquemment suivies par le pus pour la production des abcès cérébelleux otogènes.

Au point de vue clinique cette observation est un cas d'amélioration manifeste ou plutôt *d'enraiement transitoire d'une leptoméningite aiguë suppurée d'origine otique.*

A l'occasion de ce fait les auteurs ont recherché dans la littérature les principaux travaux auxquels a pu donner lieu la question de la curabilité des méningites d'origine otique.

Ils rappellent les détails essentiels que présente au triple point de vue pathogénique, anatomique et clinique la méningite otogène en ce qui concerne surtout la cure chirurgicale.

De cette revue générale sur la curabilité des méningites otogènes il leur paraît légitime de tirer cette conclusion que *l'intervention s'impose dans presque tous les cas.*

L'intervention doit comporter les temps suivants :

1° Opération primitive sur l'oreille malade et suppression radicale du foyer infectieux auriculaire. — 2° Ouverture de la fosse cérébrale ou cérébelleuse et mise à nu de la dure-mère cranienne. — 3° Incision de la méninge dure et drainage de la cavité arachnoïdienne cérébro-cérébelleuse. — 4° Ponction lombaire qu'on renouvellera au besoin. G. Carrier.

XLV. — **Méningite tuberculeuse ; tubercules cérébro et cérébelleux ; caverne pulmonaire chez un enfant de 8 mois** ; par MM. Rabot et Barlatier. (*Lyon méd.* 26 août 1906 34.)

L'intérêt de l'observation publiée par les auteurs réside dans la coexistence sur le même sujet de deux lésions extrêmement

rares dans le premier âge ; l'existence d'une caverne pulmonaire tuberculeuse et d'une méningite tuberculeuse.

La lésion pulmonaire chez le petit malade, caverne du volume d'une très grosse noix dans les deux tiers supérieurs du lobe inférieur du poumon gauche, a passé cliniquement totalement inaperçue. Elle a été une constatation d'autopsie. De ce fait l'observation ressemble exactement à celles précédemment publiées. Elle n'apporte aucun élément nouveau de diagnostic de la tuberculose ulcéreuse du nourrisson.

La méningite tuberculeuse est aussi assez rare chez le toutjeune enfant. L'observation ne diffère par ses symptômes des cas classiques que par l'hypothermie qui a précédé la mort de 24 heures, alors que plus habituellement la température s'élève à la période finale.

L'étude des cas publiés montre que l'évolution des tubercules de l'encéphale chez le tout jeune enfant diffère sensiblement de ce qu'elle est chez l'adulte.

Leur symptomatologie est toujours vague par l'absence de signes de localisation. Le diagnostic précis est fait exceptionnellement. Seule la méningite tuberculeuse qui ordinairement termine l'évolution, est reconnue.

Anatomiquement ce sont des tubercules multiples, alors que fréquemment ils sont solitaires chez l'adulte. Souvent ils coexistent sur le cerveau et le cervelet. Dans le cas des auteurs le foyer initial a été les lésions de l'appareil pulmonaire et des ganglions trachéo-bronchiques. G. Carrier.

XLVI.— **Méningite spinale et syndromes radiculaires dans le rhumatisme chronique**; par M. Jean Lépine. (*Lyon médical*, 26 août 1905, n° 38.)

D'après M. Jean Lépine la méningite spinale peut se manifester déjà dans les formes relativement bénignes du rhumatisme chronique. De plus il montre que les rhumatismes chroniques déformants, considérés par certains auteurs et en particulier par M. Teissier, comme différents par leur évolution et leur nature des rhumatismes chroniques d'infection et des rhumatismes dyscrasiques ou goutteux, n'ont pas le privilège exclusif de ces lésions méningées. On peut les rencontrer même dans le rhumatisme dyscrasique ou goutteux.

La pathogénie de ces lésions méningées est la même, elles ne sont en effet que les résultats de l'envahissement du liquide céphalo-rachidien par des poisons.

Qu'il s'agisse de toxines microbiennes ou de poisons issus de la nutrition viciée de l'organisme, le processus est le même. Il semble se faire en deux temps. A une irritation première correspond l'augmentation du liquide céphalo-rachidien. Cette hypertension

suffit à expliquer certains symptômes douloureux. La pie-mère devient le siège d'une inflammation lente, si l'intoxication persiste alors la méningite se constitue.

L'auteur rapporte deux observations de méningite spinale avec syndromes raidiculaires chez des sujets atteints de rhumatisme chronique dyscrasique.

Dans la première le malade a été amélioré par une ponction lombaire qui permit de constater l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et par un traitement général surtout hygiénique.

Dans la seconde le sujet fut amélioré et progressivement guéri en quelques mois par un traitement général diathésique. G. C.

XLVII. — **Tachycardie paroxystique et pouls lent permanent chez le même sujet** ; par M. JOSSERAND. (*Soc. des sciences méd. de Lyon, in Lyon méd.* 9 septembre 1906, n° 36.)

Un homme d'une trentaine d'années, buveur, fumeur et chiqueur, présentant des accès de tachycardie paroxystique essentielle, 200 pulsations à la minute avec un pouls lent permanent, 40 pulsations à la minute. Au cœur pas d'arythmie, pas d'hypertrophie cardiaque, ni souffle, ni galop.

L'alcool et le tabac ont vraisemblablement réalisé une intoxication bulbaire ou des lésions de vago-névrite se traduisant par une excitation habituelle du pneumogastrique cardiaque avec des épisodes de dépression. Pas de syphilis.

Il s'agit d'un pouls lent permanent ou plutôt, comme c'est la règle, d'un rythme couplé fruste, traversé par un incident de tachycardie paroxystique. G. C.

XLVIII. — **Mal perforant buccal** ; par M. PALLASSE. (*Lyon médical*, 7 octobre 1906, n° 40.)

Observation d'un homme de 56 ans, syphilitique, présentant un tabès caractérisé par des douleurs fulgurantes, le signe d'Argyll, un Westphall incomplet, une insuffisance aortique.

Arthropathies caractéristiques du genou droit et du pied droit.

Chute des dents de la mâchoire supérieure, résorption du rebord alvéolaire, mal perforant buccal. Les perforations sont placées exactement au niveau du bord alvéolaire et présentent bien les caractères cliniques de cette lésion. Sur le côté gauche et à peu près au milieu il existe deux perforations ovalaires situées au niveau du milieu de la rigole et séparées par un mince pont muqueux. A droite, en un point symétrique, existe une petite perforation plus petite, disposée de façon identique.

La thèse de Henry reproduit toutes les observations du mal perforant buccal, ce qui porte actuellement à dix-neuf le nombre des cas connus. G. C.

XLIX. — **Quelques manifestations cérébrales du rhumatisme chronique** ; par M. J. Lépine. (*Lyon médical*, 7 octobre 1906, n° 40.)

La pathologie cérébrale comme la pathologie médullaire ou périphérique, peut offrir des exemples manifestes de l'action du rhumatisme chronique.

L'auteur laisse de côté les faits de paralysie générale arthritique et les divers accidents lacunaires des vieux rhumatisants et s'occupe seulement des névroses, des psychoses et des syndromes encéphaliques d'ordre vaso-moteur ou trophiques. Parmi les névroses, la paralysie agitante est celle qui doit le plus aux rhumatismes. Cette opinion s'appuie sur les travaux de MM. Pierret, Brissaud, Spiher, sur les recherches anatomo pathologiques de MM. Pierret, Teissier, Joffroy, Raymond. Ces faits donnent à penser que le syndrome parkinsonnien, sans doute en rapport avec une irritation des noyaux sous-thalamiques, pourrait bien être provoqué avec prédilection par des lésions de leptoméningite diffuse.

Certaines particularités cliniques montrent l'influence du rhumatisme dans l'origine de la paralysie agitante ; ainsi l'influence curieuse des surmenages locaux. La véritable analogie clinique entre le rhumatisme chronique et la paralysie agitante est dans ce même état de rigidité, de soudure, d'immobilité relative et d'apathie, se manifestant au point de vue physique et mental. Cette interprétation du syndrome parkinsonnien ne s'applique qu'à un certain nombre de cas, car il peut relever de bien d'autres causes.

Dans la neurasthénie, les liens avec l'arthritisme semblent devenir de plus en plus étroits.

Pour l'auteur, l'état neurasthénique fait partie de la symptomatologie normale du rhumatisme chronique. Il ajoute avec raison qu'il faut le chercher ; mais on le trouve représenté, dit-il, par une inaptitude particulière et inexplicable au travail physique ou mental.

Parmi les psychoses, c'est à la mélancolie que l'état neurasthénique des rhumatisants a le plus de chance d'aboutir. La mélancolie d'involution sénile ou pré-sénile est la forme sur laquelle se manifeste le plus l'influence du rhumatisme chronique. Rien ne ressemble à la sénilité comme le rhumatisme chronique. M. Régis a insisté sur l'importance de l'arthritisme dans la genèse du délire hypochondriaque de négation. Pour l'auteur enfin, un état arthritique peut parfois être seul responsable d'obsessions.

L'auteur admet que l'influence de l'arthritisme sur l'équilibre de l'esprit peut être plus puissante, même chez un prédisposé héréditaire, que les causes morales ou psychiques.

Parmi les syndromes encéphaliques d'ordre vaso-moteur ou trophique, la migraine, l'acromégalie, les ostéopathies du type de l'ostéite déformante de Pajet peuvent figurer sur la liste des accidents nerveux du rhumatisme chronique. G. C.

L. — **Considérations pathogéniques sur les accidents nerveux du rhumatisme chronique**; par M. J. Lépine. (*Lyon médical*, 28 octobre 1906, n° 43.)

L'auteur a la conviction profonde que dans toutes les variétés de rhumatismes aigus, subaigus ou chroniques, c'est l'état général de la nutrition qui est l'élément primitif et majeur. Le vrai problème pathogénique n'est pas dans la poursuite d'une spécificité microbienne plus ou moins partagée entre divers agents infectieux. Leur action ne doit pas être séparée de l'étude du terrain. L'arthritisme ou mieux le neuro-arthritisme n'est pas une idée morte ; pour M. J. Lépine, il se retrouve dans les diverses variétés de rhumatisme et non point seulement dans la variété goutteuse.

A l'origine de tout rhumatisme, même du plus spécifique, celui de la blennorragie, on retrouve un terrain arthritique caractérisé par des troubles de la nutrition générale.

Ces troubles de la nutrition ont une conséquence, parmi bien d'autres ; le liquide céphalo-rachidien se charge de poisons, qui viennent soit de l'organisme, soit des centres nerveux. Les méninges peu perméables de dedans en dehors conservent ainsi longtemps certaines substances nocives qui baignent le système nerveux.

Les réactions de défense qui en découlent, comme l'hypertension du liquide céphalo-rachidien contribuent à exagérer l'excitabilité anormale du système nerveux. Plus les causes toxi-infectieuses s'ajoutent, plus l'irritabilité du système nerveux s'accroît.

Le système nerveux des rhumatisants chroniques est donc le siège d'une irritation quasi-permanente. Dès lors, quoi d'étonnant à ce que la présence de ces substances anormales et toxiques dans le liquide céphalo-rachidien aboutisse à des lésions matérielles des méninges spinales.

Cette participation du système nerveux explique que, suivant les prédispositions individuelles, le rhumatisme chronique localise à telle ou telle partie du système nerveux les manifestations, qu'elles soient articulaires, abarticulaires ou nerveuses ; paraplégiques ou atrophiques chez les manouvriers, idées délirantes mélancoliques et obsessions chez les prédisposés cérébraux. Elle explique l'importance des phénomènes dus à l'irritation du sympathique (migraine, entéro-colite muco-membraneuse). Elle explique la persistance indéfinie du rhumatisme chronique, dès que les phénomènes nerveux durables sont apparus.

Une double thérapeutique est nécessaire pour échapper à cette évolution progressive : d'une part, réduire au minimum les intoxications et auto-intoxications par un régime sévère afin de ramener la nutrition à ses données normales.

D'autre part en évitant les circonstances susceptibles d'augmenter l'excitation nerveuse centrale ou périphérique. G. C.

LI. — **Rapports du rhumatisme chronique avec quelques maladies de la moelle**; par M. Jean Lépine. (*Lyon médical*, 16 septembre 1906, n° 37.)

Dans une nouvelle communication faite à la Société nationale de médecine de Lyon, M. Jean Lépine montre que les rhumatisants chroniques peuvent réaliser de véritables maladies de la moelle.

Dans une précédente communication, il avait apporté des observations de rhumatisants affectés d'épisodes nerveux d'importance secondaire. Les nouveaux faits qu'il publie correspondent à un degré de plus dans l'atteinte du système nerveux.

Quatre observations ont trait à des sujets atteints d'accidents médullaires au cours d'un rhumatisme chronique secondaire à un rhumatisme aigu.

Dans trois autres observations il s'agit de malades présentant des accidents médullaires au cours d'un rhumatisme chronique en particulier du type dyscrasique ou goutteux.

Les faits publiés semblent indiquer que le rhumatisme chronique, soit sous la forme d'attaques aiguës récidivantes, soit sous la forme dyscrasique, occupe une place importante dans l'étiologie de certains syndromes médullaires. Il ne s'agit pas, dans les observations, de grands rhumatisants chroniques à ankyloses multiples et irréductibles, mais de malades à signes articulaires modérés. Les accidents médullaires ne sont donc pas liés aux formes les plus graves du rhumatisme chronique.

Deux types anatomo-cliniques se dégagent : pachyméningite et méningo-myélite.

Dans la première série d'observations, les accidents nerveux sont à localisation radiculaire, ce sont des signes de compression des racines que présentent les malades. On peut les confondre avec des malades atteints de pachyméningite hypertrophique tuberculeuse ou syphilitique.

Les malades du deuxième groupe ont de la méningo-myélite, leur cerveau n'est pas toujours indemne.

A côté des signes médullaires on trouve parfois chez ces malades de la rigidité généralisée et du tremblement ce qui en fait des parkinsonniens frustes.

Sans entrer dans des considérations pathogéniques, l'auteur pense qu'on doit tenir grand compte du rôle de la méningite spi-

nale chronique dans la production de ces myélites plus ou moins diffuses qui ne sont qu'à moitié systématisées.

Cette méningite peut être le point de départ d'affections en apparence systématiques comme la sclérose latérale amyotrophique. Elle réalise probablement à elle seule certains cas de sclérose combinée ou de scléroses en plaques.

Cette méningite peut résulter d'une infection ou d'une intoxication quelconque due à la présence longtemps prolongée de poisons dans le liquide céphalo-rachidien.

De même que le traitement mercuriel intensif a permis dans ces dernières années de guérir des méningo-myélites syphilitiques, de même les divers traitements du rhumatisme chronique permettront, pense l'auteur, de voir s'arrêter et rétrocéder dès le début ces différents accidents médullaires. G. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 20 novembre 1906. — Présidence de M. Jules Voisin.

Le rôle de la timidité dans la pathogénie des psycho-névroses.

M. Bérillon. — La timidité est un état psychologique que l'on retrouve toujours à la base de toutes les psycho-névroses et il est étonnant qu'un fait aussi évident ait été jusqu'à ce jour méconnu par les cliniciens. On ne peut l'expliquer que par le dédain trop général professé à l'égard de la séméiologie psychologique.

L'étude de la timidité jette cependant une vive lumière sur le mécanisme par lequel s'effectue la désagrégation des fonctious intellectuelles. Un sujet est en pleine possession de ses facultés, tout à coup s'il se trouve en présence d'une autre personne, ce seul incident suffit pour que sa valeur personnelle en présente une diminution appréciable. Il est comme paralysé pendant quelques secondes, quelques minutes ou quelques heures. Or, cette influence intermentale résultant de l'intervention d'une autre personne ne peut s'expliquer que par la connaissance des effets de l'hypnotisme. L'être intimidé se trouve dans un état psychologique analogue à celui de l'être hypnotisé.

Parmi les manifestations objectives de l'intimidation, il faut placer au premier rang l'apparition de la rougeur ou de la pâleur. Ces modifications vaso-motrices indiquent que le sujet a

subi une perturbation profonde dane sa circulation générale. La brusquerie de leur apparition permet de les assimiler à un véritable choc. Or on sait l'action déséquilibrante que les chocs peuvent exercer sur le système nerveux central et on s'explique que des troubles névropathiques puissent résulter de la répétition de ces actions déprimantes.

La plupart des timides ont la sensation du trouble apporté dans leur organisme par le choc émotionnel de l'intimidation. Ils se rendent compte de la difficulté qu'ils éprouvent à recouvrer l'empire sur eux-mêmes. Ils sont affectés de leur impuissance à se soustraire aux effets de l'intimidation. Ils en sont humiliés et perdent assez rapidement toute confiance en eux-mêmes. A la crainte des souffrances qu'ils sont exposés à ressentir se joint celle d'être constamment en état d'infériorité dans leurs entreprises, aussi progressivement se créent en eux l'indécision, l'irrésolution, le doute et enfin l'état d'aboulie confirmé. Une enquête minutieuse, poursuivie depuis quelques années et portant sur un grand nombre de malades m'a appris que presque tous les sujets atteints de troubles hystériques et neurasthéniques, bien avant le début de leur affection étaient des timides. La timidité était la manifestation la plus frappante de leur personnalité et il n'est pas douteux qu'elle a joué un rôle important dans l'apparition de leur psycho-névrose. Dans un assez grand nombre de cas même, l'apparition des accidents névropathiques est liée d'une façon étroite avec un fait d'intimidation dont le sujet a été la victime. C'est à cet évènement qu'ils rattachent l'apparition de leur maladie. Dans ces conditions, l'hystérie et la neurasthénie qui résultent des chocs émotionnels de l'intimidation pourraient être rattachées au point de vue du pronostic et de la durée aux névroses traumatiques avec lesquelles elles présentent beaucoup d'autres points de ressemblance.

L'éducation et le milieu social sont les facteurs principaux du développement de la timidité. Chez les peuples où la pratique de l'égalité entre les citoyens est poussée à un degré assez avancé, la timidité est moins fréquente. C'est ce qui se passe dans l'Amérique du Nord et en Suisse où les hiérarchies gouvernementales et autres ne comprennent pas de personnages très intimidants. Chez les peuples où le respect des hiérarchies est poussé très loin, comme en France, les timides sont extrêmement nombreux, Chez certains la disposition à l'intimidation est même si développée que cet état psychologique peut être considéré comme la manifestation initiale d'une psycho-névrose.

Dans mes cours de psychothérapie et dans ma technique de la rééducation de la volonté je fais toujours une part au traitement de la timidité. Par des exercices spéciaux j'entraîne le sujet à réagir contre les effets de l'intimidation. Les timides étant

facilement hypnotisables, ils sont par ce fait susceptibles d'être hypnotisés à leur insu. Je leur suggère qu'à l'avenir ils ne pourront plus l'être que quand ils y consentiront, quand leur santé l'exigera et quand ils auront affaire à un médecin expérimenté. C'est dans les cas de timidité que la suggestion m'a toujours donné les résultats les plus marqués et les plus durables.

M. Demonchy.—Il faut distinguer entre les Américains autochtones et les Américains d'origine anglaise. Les premiers ne connaissent, pour ainsi dire, pas la timidité ; les seconds, au contraire, sont très timides, parce qu'ils proviennent d'une nation très fortement hiérarchisée.

M. Bérillon. — En effet, il n'y a peut être pas de peuple où l'intimidation soit plus développée que chez les Anglais. Un exemple, le fait d'avoir été présenté à la reine ou d'avoir espéré l'être et ne l'avoir pas été entraîne une fierté ou une humiliation qui durent toute une vie. C'est, d'ailleurs, en Angleterre qu'on rencontre le plus grand nombre de cas de phobie de la rougeur.

M. Paul Magnin.— Je partage complètement l'opinion de Bérillon sur le rôle que joue la timidité dans l'étiologie des psychonévroses. Dans la famille et à l'école, à force de faire aux enfants des remontrances exagérées ou injustes, on fait d'eux des timides ; puis consécutivement des névrosés, des timides, des douteux. L'intérêt que présente la communication qui vient d'être faite est considérable. Elle confirme mon opinion que la psychologie est capable d'apporter d'importantes contributions à l'étude des maladies nerveuses.

La timidité en Orient.

M. Damoglou (du Caire). — En Turquie et en Egypte la timidité constitue un état mental endémique et héréditaire. Elle a pour cause un système général d'éducation résultant du despotisme qui règne en maître absolu et irresponsable depuis des siècles dans toutes les classes de la société, sans distinction de race, de nationalité ou de religion. Les enfants doivent garder le silence absolu devant leurs parents, les hommes jeunes devant les vieux, les apprentis devant leur patron, etc. Sans cesse à la merci du despotisme et de l'arbitraire, les Orientaux vivent sous l'empire de la peur. Sans volonté, sans opinion, sans personnalité, êtres passifs, véritables malades, la timidité les réduit trop souvent au mensonge, à la ruse et à l'hypocrisie.

Le traitement psychologique du mal de mer.

MM. Félix Regnault, Paul Farez, Pamart, Bérillon, Magnin, Demonchy échangent des vues au sujet de la distinction du mal

de mer vrai et du mal de mer imaginaire, ainsi que sur l'efficacité de la suggestion contre certaines formes du mal de mer. — Cette discussion ne peut être épuisée, à cause de l'heure avancée elle est renvoyée à la séance de décembre.

LÉGISLATION ET ASSISTANCE

Circulaires

relatives à l'application de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés

Paris, 27 juin 1906.

Monsieur le Premier Président
— le Procureur général,

Les critiques dont la loi du 30 juin 1838 est l'objet sont anciennes, et une circulaire de la Chancellerie du 17 janvier 1866 en témoigne déjà. Cependant, tout en écartant la pensée que cette loi soit l'expression dernière de la législation en la matière, il semble dès à présent possible d'en tirer un meilleur parti en l'appliquant avec un soin toujours plus attentif, d'éviter les erreurs et d'assurer plus sûrement le respect de la liberté individuelle. Les magistrats peuvent beaucoup à cet égard. Non seulement en effet il est de principe général que la liberté individuelle des citoyens est essentiellement placée sous la sauvegarde de l'autorité judiciaire, mais encore, relativement aux personnes séquestrées dans les asiles d'aliénés, l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 donne aux cours et tribunaux les droits les plus étendus, si bien qu'ils dérogent même aux règles de la séparation des pouvoirs. Il importe donc au plus haut point que les magistrats, qui peuvent puiser dans la législation actuelle la possibilité de parer à bien des abus, ne négligent rien pour accomplir cette partie si importante de leur mission. Toute séquestration qui ne serait pas entièrement justifiée par l'état mental de l'interné qui en est l'objet, constitue une atteinte intolérable à la liberté de l'individu aussi bien qu'à la conscience publique, et aucune tâche n'est plus pressante que celle qui consiste à veiller à ce que nul acte de ce genre ne puisse se produire ou se perpétuer.

L'article 4 de la loi du 30 juin 1838 désigne les personnes auxquelles appartient la faculté de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés, et, parmi celles-ci, il place le Président du tribunal civil, le Procureur de la République et le juge de paix. Ces magistrats recevront, ajoute le même texte, les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront à

leur égard tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Le contrôle facultatif organisé par l'article 4 de la loi du 30 juin 1838 pourrait produire les plus sérieux résultats s'il était plus fréquemment et plus effectivement exercé ; mais il n'apparaît pas que les asiles soient très souvent visités et contrôlés par les Présidents des tribunaux civils et par les juges de paix.

En dehors de ces visites facultatives, les Procureurs de la République seuls sont astreints à des visites obligatoires qui, aux termes du dernier paragraphe de l'article 4 de la loi de 1838 doivent être effectuées chaque semestre dans les établissements publics et chaque trimestre dans les établissements privés. Les instructions de la Chancellerie 1866 prescrivent à tous les magistrats, Présidents des tribunaux civils, procureurs de la République et juges de paix, de constater leur inspection par un visa apposé sur les registres de la maison.— Enfin, à la suite de chacune de ses visites, le Procureur de la République doit adresser un rapport au Procureur général, qui dans le courant de janvier en envoie le résumé à la Chancellerie.

Telles sont actuellement les mesures de contrôle permises ou prescrites à l'autorité judiciaire en la matière. J'estime qu'il y a lieu, pour rendre ces mesures plus efficaces, de leur donner d'abord plus d'unité en imposant au Président du tribunal civil et au juge de paix du canton dans lequel est situé l'asile, les mêmes obligations de surveillance qu'au Procureur de la République. En conséquence, M. le Premier Président et M. le Procureur général vous voudrez bien inviter le Président du tribunal civil et le juge de paix à visiter les établissements privés d'aliénés une fois chaque trimestre et les établissements publics une fois chaque semestre.

Les Présidents, Procureurs et juges de paix se concerteront entre eux pour que leur contrôle s'exerce alternativement à des espaces réguliers de façon que les établissements publics soient visités tous les deux mois par un magistrat, et que les établissements privés le soient tous les mois. Ces visites ne sauraient évidemment être de simples formalités, car, ainsi comprises, elles seraient indignes du caractère des magistrats qui les accompliraient. Rien au contraire, rien ne devra être négligé pour que leur objet soit efficace et pour qu'elles procurent des résultats sérieux : ce but sera aisément atteint, quelque pénible que soit un pareil contrôle, si celui-ci s'exerce avec la haute conscience de l'importance qui s'y attache. Les rapports qui doivent être dressés après chaque visite mentionneront la date à laquelle le magistrat a apposé son visa sur les registres de la maison. Ces pièces seront transmises de suite, à savoir : par les Présidents des tribunaux civils aux

Premiers présidents, et par les Procureurs de la République et les juges de paix aux Procureurs généraux.

Après avoir étudié ces documents, vous aurez soin, chacun en ce qui vous concerne, de me les faire parvenir immédiatement avec vos observations et votre avis. En outre, chacun de vous voudra bien me faire tenir dans le courant du mois de janvier le rapport général que les instructions du 18 janvier 1866 se bornaient à prescrire aux Procureurs généraux, et qui devra être aussi établi par les Premiers Présidents, relativement aux visites et aux opérations de contrôle des Présidents des tribunaux civils.

Les établissements d'aliénés sont généralement situés dans le lieu où résident les magistrats chargés de l'inspection. Au cas contraire, il suffira de rappeler la circulaire du 28 mai 1844, qui, à la vérité, vise seulement les transports du Procureur de la République, mais qu'il sera juste d'étendre à ceux que devront effectuer à l'avenir le Président du tribunal civil et le juge de paix. Aussi bien, si l'établissement est situé à plus de 5 kilomètres du chef-lieu de l'arrondissement ou du canton, tous ces magistrats auront droit à l'indemnité fixée par l'article 88 du décret du 8 juin 1811.

Le respect et la protection dus à la liberté individuelle ont inspiré les dispositions de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 qui confère à un certain nombre de personnes dans des cas déterminés, et au Procureur de la République ou à l'intéressé en toute hypothèse, le droit de saisir le tribunal à l'effet de faire statuer sur la cessation de la séquestration. La faculté concédée au Parquet est si étendue qu'il peut en user même pour faire sortir des asiles d'aliénés des individus qui y ont été internés en vertu des ordres de l'autorité administrative. Sans doute, les conditions particulières dans lesquelles sont prescrits les placements ordonnés par l'autorité publique, les soins méticuleux avec lesquels ces mesures sont prises, offrent des garanties spéciales qui font, qu'en fait, les magistrats du ministère public n'auront pas à intervenir en pareil cas. Mais il n'est pas sans intérêt de constater que le principe de la séparation des pouvoirs fléchit devant le devoir impérieux et supérieur qu'imposent la protection et la défense de la liberté. Rien en effet, ne saurait mieux démontrer la nature exceptionnellement rigoureuse des obligations de surveillance qui incombent aux magistrats.

En conséquence, dès qu'un Président de tribunal civil ou un juge de paix aura acquis quelques doutes, au cours d'une des visites qu'il devra faire à l'avenir, sur la légitimité de l'internement d'un aliéné, il devra en faire part, sans différer, au Procureur de la République qui, de son côté, ne devra rien négliger pour se renseigner à ce sujet par les moyens ordinaires dont il dispose. Il est clair que la mesure qui s'imposera tout d'abord au magistrat

du ministère public devra consister dans un interrogatoire qu'il fera subir à l'interné. Mais il suffira que l'opportunité de la séquestration paraisse douteuse pour que le Parquet n'hésite pas à présenter requête au tribunal à qui il appartiendra d'ordonner, s'il le juge à propos, telles mesures d'instruction que de droit. Celle qui sera le plus ordinairement prescrite sera évidemment l'expertise, c'est-à-dire l'examen de l'interné par un médecin commis à cet effet. Or il convient à ce propos de signaler que l'étude des maladies mentales forme une branche particulière et spéciale des sciences médicales. En conséquence, lorsque les cours et les tribunaux auront à choisir l'expert qu'ils nommeront, ils ne devront pas perdre de vue cette considération et, dans la mesure du possible, faire porter de préférence leur désignation sur un médecin aliéniste, spécialisé dans l'étude des maladies mentales et offrant ainsi une compétence de nature à donner toutes les garanties souhaitaibles.

Je vous rappelle que lorsqu'une demande de cessation de séquestration a échoué devant la juridiction saisie, elle peut être reproduite. Il peut se faire en effet que le malade ait obtenu sa guérison pendant le délai qui s'est écoulé entre la décision de rejet et sa nouvelle demande.

Enfin, et bien que l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 soit muet à ce sujet, il n'est pas douteux que le jugement intervenu en vertu de ce texte est susceptible d'appel, et que le Procureur de la République a qualité pour le déférer à la juridiction supérieure.

J'attache le plus grand prix à ce que les magistrats qui ont qualité pour contrôler les asiles d'aliénés exercent scrupuleusement leur droit de surveillance et je suis assuré qu'ils s'y appliqueront avec le plus absolu dévouement. Il n'est pas de mission plus noble que celle qui a pour objet, sinon de déjouer l'injustice, du moins de réparer l'erreur et de rendre à la liberté des malheureux dont l'état ne comporte pas la nécessité d'un internement: il n'est pas non plus de tâche qui soit plus digne d'arrêter et de retenir l'attention des magistrats, et il suffira assurément de la leur signaler pour qu'ils s'efforcent de l'accomplir avec un zèle qui ne se démentira point.

Si cependant, à l'encontre de mes prévisions, il se produisait à cet égard quelque défaillance, vous aurez soin de la porter sans retard à la connaissance de ma Chancellerie.

Je vous prie de vouloir bien m'accuser réception de cette circulaire dont je vous adresse un nombre suffisant d'exemplaires pour que l'envoi en soit fait aux Présidents, Procureurs et juges de paix des arrondissements et cantons de votre ressort où se trouvent établis des asiles d'aliénés.— *Le Président du Conseil, Garde des Sceaux, Ministre de la justice*, F. SARRIEN.

*
* *

Le 10 novembre 1906, M. Clémenceau a adressé aux préfets une nouvelle circulaire dont voici le texte :

INSTRUCTIONS RELATIVES AU SERVICE DES ALIÉNÉS. — Le président du conseil de l'intérieur à Messieurs les Préfets. — La présente circulaire a pour but de vous demander certains renseignements et de vous donner diverses instructions relatives au service des aliénés.

I. — *Résultats de la circulaire du 18 juin 1906.*— Je tiens à connaître, dans le plus bref délai, les premiers résultats produits par ma circulaire du 18 juin 1906.— Veuillez à ce sujet :

1° M'exposer sommairement les travaux de la commission spéciale que ma circulaire vous prescrivait de constituer : à quelles dates elle s'est rendue à l'asile de son ressort, à quels modes d'investigations elle a eu recours, quelles constatations elle a faites et aussi, s'il y a lieu, quelles recherches elle compte encore poursuivre ;

2° Relever et m'indiquer, pour chaque asile public ou privé, situé dans votre département, le nombre exact de personnes sorties à la suite de guérison, ou en raison d'améliorations survenues dans leur état, ou à titre d'essai) depuis le 1er novembre 1905 jusqu'au 1er novembre 1906, avec, pour chacune de ces sorties, la date à laquelle elle s'est effectuée et une double mention me faisant connaître, d'une part, s'il s'agit d'une personne soumise ou non au régime commun, d'autre part, si ladite personne avait été l'objet d'un internement d'office ou d'un placement volontaire.

II.— *Rapport semestriel.* — Les aliénés sont des malades : un grand nombre peuvent guérir, s'ils sont l'objet de soins médicaux convenables ; les autres, incurables, ont droit à une assistance compatissante et éclairée. A ce double point de vue, plus d'un asile, surtout parmi les asiles privés et qüartiers d'hospices faisant fonctions d'asiles publics, laisse encore beaucoup à désirer. Sans préjuger des réformes futures, qu'il appartient au Parlement de réaliser, nous avons le devoir de faire tous nos efforts pour améliorer, avec les moyens en notre pouvoir, la situation actuelle. Or, les éléments d'informations dont je dispose sont insuffisants ; ils ne me permettent pas de suivre et de contrôler en quelque sorte au jour le jour l'évolution de ces services ; ce n'est que de temps à autre, à intervalles trop éloignés, que je suis en mesure de les soumettre à des enquêtes administratives.

C'est donc à vous, Monsieur le Préfet, qu'il appartient d'instituer sur chaque asile public ou privé, et quartier d'hospice de votre ressort une enquête permanente ; et je tiens, essentiellement, à être mis au courant des constatations qui, lors de visites fréquentes et inopinées, auront été faites ou par vous-même ou par vos représentants. En conséquence, je vous invite à m'adresser désormais deux fois l'an, savoir du 15 octobre au 1er novembre, puis du 15 avril au 1er mai, un rapport sommaire mais précis sur chaque asile de votre département. Vous me marquerez dans ce rapport :

1° Le mouvement de la population de l'asile dans le dernier semestre, savoir: le nombre des entrées, décès, transferts, évasions, les sorties avec leurs causes diverses; le tout en distinguant toujours les placements volontaires et d'office;

2° Les améliorations apportées au fonctionnement de l'asile, notamment au point de vue: —des conditions dans lesquelles s'effectue l'observation des nouveaux arrivants, — de l'organisation du service médical, — du classement des aliénés dans les divers quartiers, — des conditions hygiéniques (isolement des malades contagieux, chauffage des quartiers et cellules, désencombrement des dortoirs, régime alimentaire, bains, lavabos, water-closets), — de la diminution des moyens de contrainte, — des conditions de recrutement et de salaire du personnel, — de la préparation des moyens de défense en cas d'incendie (sur ce point, des enquêtes récentes ont établi la nécessité de charger d'une inspection régulière et spéciale un délégué du corps des pompiers de la ville la plus raprochée: vous y veillerez. A cet exposé des améliorations réalisées vous ajouterez l'indication de celles qui vous paraissent plus urgentes et dont vous comptez signaler la nécessité au Conseil général.

3° Les visites faites à l'asile par les diverses personnes à qui la loi impose ce devoir, et par celles que vous aurez déléguées à cet effet, avec le relevé des observations apposées par ces visiteurs sur le registre de la loi.

4° A ce rapport vous joindrez, sur feuilles spéciales, votre appréciation motivée sur chacun des directeurs, directeurs-médecins, médecins en chef et adjoints. En ce qui concerne les médecins, chaque intéressé vous remettra, en outre, à cette occasion, et vous me transmettrez la liste de ses travaux scientifiques personnels. Rapprochées de celles que me fournit l'inspection générale des services administratifs, ces notes me permettront de prendre une idée plus exacte de la façon dont chacun de ces praticiens est en mesure de s'acquitter et s'acquitte, en effet de la tâche si délicate qui lui incombe.

Vous ne laisserez pas en dehors de ces appréciations les médecins et directeurs des asiles privés, faisant ou non fonctions d'asiles publics, car vous n'oubliez pas que la loi de 1838 et l'ordonnance de 1839 me donnent pouvoir de révoquer les médecins de ces asiles et, à l'égard des directeurs, d'ouvrir devant le Conseil d'Etat une instance en retrait d'autorisation; la récente révocation d'un médecin en chef d'asile privé atteste ma volonté de ne pas laisser tomber en désuétude ces dispositons tutélaires de la loi.

J'ajoute à ce sujet que chaque fois qu'il y aura lieu, pour vous, d'agréer un médécin d'asile privé, conformément à l'article 19 de l'ordonnace de 1839, vous devrez me faire connaître, au préalable, les praticiens présentés à votre agrément et, dès à présent, vous pouvez tenir pour acquis que je n'autoriserai les directeurs à exercer leur choix que sur les médecins ayant subi avec succès les épreuves du concours d'adjuvat. Je vous invite à ne me faire aucune proposition contraire à cette règle; il est indispensable de s'y conformer strictement si l'on veut transformer certains asiles,

qui ne sont aujourd'hui que de simples garderies d'aliénés et en faire ce qu'ils doivent être : *des établissements médicaux et hospitaliers.*

Toutes les prescriptions de cette circulaire s'appliquent, bien entendu aux quartiers d'hospice; en ce qui concerne ces derniers, dont trop souvent l'administration se désintéresse, la responsabilité du Préfet est, ne l'oubliez pas, directement engagée, puisque la commission administrative se compose, en majorité, de membres nommés par vous. Certains de ces quartiers ont pris un développement considérable et sont plus étendus que des asiles proprement dits ; le recrutement d'un personnel médical aliéniste spécialement compétent est une première garantie dont il faut que vous fassiez comprendre aux commissions administratives la nécessité. Vous me tiendrez en toute circonstance aussi soigneusement au courant du personnel médical de ces quartiers d'hospice que de celui des asiles proprement dits.

III.— *Désencombrement des asiles.* — La plupart des asiles de province sont scandaleusement encombrés: les malades y sont entassés : par contre, les infirmiers et gardiens sont, en général, mal rétribués et en nombre insuffisant, et bien que la récente loi sur le repos hebdomadaire, dont la stricte application n'est nulle part plus nécessaire que dans les asiles, leur ait accordé une satisfaction légitime, les conditions qui leur sont faites ne permettent pas d'assurer le recrutement d'un personnel compétent et stable. Le médecin, surtout lorsqu'il cumule ses fonctions médicales avec celles, si absorbantes, de directeur, plie sous le poids d'une charge trop lourde.

Vous avez le devoir, Monsieur le Préfet, d'appeler de façon pressante et avec une inlassable persévérance, l'attention du Conseil général sur cette situation réellement grave. Mais avant d'engager de ce chef des dépenses nouvelles, il convient d'abord et d'urgence, de faire sortir des asiles tous ceux qui pourraient ou qui devraient n'y être pas maintenus.

1° Ceux qui pourraient sortir, sont les aliénés non complètement guéris, mais n'ayant plus besoin de soins spéciaux, et que le médecin en chef estime pouvoir être placés, non seulement sans aucun danger mais encore utilement, auprès d'une famille de braves gens où ils trouveraient une surveillance suffisante en même temps que des conditions d'existence matérielle et morale moins pénibles. A ces placements familiaux judicieusement organisés et attentivement contrôlés, le département et les malades trouveront leur compte : ceux-ci seront mieux, et le département paiera souvent moins cher. Il vous appartiendra de saisir le Conseil général de cette question assurément délicate, dont il est indispensable de se préoccuper sans retard ;

2° Ceux qui devraient sortir sont de deux sortes : les aliénés guéris et relativement jeunes encore, que l'on se déclare aujourd'hui prêt à libérer « si l'on savait ce qu'ils deviendraient le lendemain », qu'on garde préventivement pour leur éviter le dépôt de mendicité, et dont le plus grand nombre acceptent, d'ailleurs, cette situation sans se plaindre ; à ceux-là une assistance à domicile

provisoire assurant d'abord le gite et la nourriture, puis permettant et facilitant la recherche du travail, constituerait pour le département une dépense moins lourde, plus socialement utile et en même temps plus conforme à l'humanité.

Les médecins en chef de nos asiles publics vous indiqueront sans peine les personnes de cette catégorie : la recherche en sera plus difficile dans les asiles privés où il est vraisemblable que plus d'un de ces malades guéris est maintenu, sous prétexte de philanthropie, en réalité à cause des services domestiques qu'il rend à l'asile ou dans ses dépendances ; vous ferez effort pour discerner sur ce point délicat toute la vérité.

D'autres, qui devraient sortir et que prochainement il n'y aura plus aucun prétexte pour maintenir dans les asiles d'aliénés, sont les vieillards, hommes ou femmes, dont l'activité intellectuelle est très affaiblie, qui ne sont point, à proprement parler, des aliénés, dont l'état ne réclame pas de soins médicaux particuliers, et dont la place est à l'hospice, au milieu de vieillards indigents et inoffensifs comme eux. Laisser ces malheureux dans un asile, souvent au milieu d'agités et sous un régime spécial, serait manquer de respect à la vieillesse indigente, c'est-à-dire déserter l'un des devoirs les plus sacrés de l'humanité, et constituerait en même temps une violation certaine de l'esprit et de la lettre de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards infirmes et incurables. Je vous invite donc à faire dresser, avec un soin particulier, la liste des vieillards rentrant dans cette dernière catégorie, afin de les faire bénéficier du droit nouveau qui leur est reconnu par la loi de 1905. Vous m'accuserez réception de cette circulaire, et vous me ferez connaître, successivement, les mesures prises pour assurer l'exécution des prescriptions diverses qu'elle formule.

N'oubliez pas, Monsieur le Préfet, que, pour améliorer le sort des aliénés dans votre département, vous pouvez et vous devez beaucoup. Nul plus que ces malades spéciaux n'a besoin de protection : s'ils reçoivent des soins médicaux insuffisants, si leur crise psychique passagère et qui aurait pu souvent être guérie, se transforme, faute de soins appropriés, en une infirmité incurable, s'ils sont, parfois, maintenus en des conditions hygiéniques déplorables, s'ils sont victimes de violences, comment se plaindront-ils ?

Toute négligence commise dans un hôpital serait connue le lendemain du public ; il en va autrement des asiles dont les portes sont closes, où la vie et la critique du dehors ne pénètrent pas. Les récriminations des intéressés portent d'ailleurs, le plus souvent, la trace de leur psychose, sont mêlées d'extravagances ; il est difficile d'y discerner la vérité de l'erreur.

Ajoutons qu'en notre pays de France, patrie cependant de Pinel, trop de personnes dans le public et même trop de Conseils généraux ne se sont pas haussés encore à la juste conception des devoirs d'assistance sociale envers les aliénés. Il faut donc que sur ces faibles, inhabiles à se défendre eux-mêmes et auxquels vont si peu de sympathies, vous étendiez votre protection attentive et compatissante ; la loi morale vous en impose l'obligation et, parmi vos nom

breuses tâches administratives, je vous marque celle-là comme une des plus essentielles. Je compte que vous y travaillerez ; je vous saurai un gré particulier des efforts personnels que vous y aurez consacrés.— *Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur*, G. CLÉMENCEAU.

BIBLIOGRAPHIE

XI.— *Mysticisme et folie* ; par le Dr A. MARIE. Préface du Dr H. THULIÉ. (Giard et Brière, éditeurs Paris.)

Les explications adoptées par les hallucinés pour rendre compte des phénomènes qu'ils étaient quelquefois les premiers à constater sur eux-mêmes, ont varié selon les époques.

Aux temps du polythéisme antique, où on reconnaissait aux dieux le pouvoir de descendre sur la terre, c'étaient Zeus et Mercure, Diane et Aphrodite que voyaient apparaître les déséquilibrés mentaux; les femmes avaient commerce avec le dieu Pan et les faunes, avec des divinités métamorphosées en cygne ou en taureau; les mélancoliques se voyaient poursuivis par le fouet des Furies et les aboiements de la triple gueule de Cerbère.

Au moyen-âge, les anges et les démons ont remplacé les dieux dans ces conceptions et la singularité des délires dont cloîtres et sabbats furent le théâtre prouve que la richesse d'imagination des poètes n'atteint pas la puissance d'invention des monomaniaques.

Meynert considère ces conceptions morbides, dont il a étudié la genèse, comme innées chez l'homme normal, mais immanentes; elles viennent au premier plan sous l'action perturbatrice d'une maladie qui annihile les fonctions supérieures et leur rôle modérateur ou rectificateur. La superstition existerait donc à l'état d'élément inconscient dans le cerveau normal et c'est le développement complet des facultés intellectuelles qui en effacerait toute trace dans la conscience de l'homme sain d'esprit.

Aussi l'école italienne ne voit-elle dans les divers phénomènes du mysticisme que des manifestations d'atavisme; les arabesques, figures allégoriques, gestes et attitudes cabalistiques, interprétations fantastiques des faits naturels, néologismes et idiomes particuliers qui pullulent dans la Paranoïa et en colorent le délire d'une façon vive et imprévue, nous font ainsi revivre les phases les plus éloignées de l'évolution mentale dans l'histoire: expression matérielle et figuration des conceptions abstraites par les dessins hiéroglyphiques et cunéiformes, conservation des amulettes symbolisant les âmes des morts, mots de l'alchimie médié-

vale et de la magie arabe, incantations et cérémonies hiératiques importées chez nous par dérivation du mysticisme oriental, tous ces phénomènes sont, aussi bien chez les primitifs que chez les paranoïaques, l'expression d'une même condition psychologique.

De même l'ylozoïsme des astrologues, la mantique des thaumaturges, l'alchimie et la nécromancie, les croyances à l'envoûtement et aux charmes se rencontrent dans le délire des aliénés superstitieux contemporains; la démonolâtrie même est une religion abandonnée : Belzébuth et Belphégor avaient leurs temples et n'étaient autres que Baal-Tzebuth et Baal de Pégor.

Bref, pour Tanzi, le fétichisme est de provenance atavique, de même que l'allégorisme des psychologues allemands. L'affection mentale interrompt les associations normales qui prennent « d'autant plus d'intensité qu'elles ne peuvent se répandre sur « les autres territoires inhibés pour y être contrôlées. En d'autres « termes, ces tendances mystiques, qui restent inconscientes « dans le cerveau sain, prendront, par le seul fait de l'isolement, « l'intensité et la prépondérance que prennent les fonctions « spinales quand les fonctions corticales sont suspendues. »

Et Meynert rapproche par comparaison le développement de l'idée délirante de la prédominance de certains muscles en cas de paralysie de leurs antagonistes; de même c'est l'absence de notion correctrice qui favorise dans le champ de la conscience le développement des conceptions erronées. Dès lors ces interprétations délirantes sont la conséquence d'un état d'esprit inné, identique à celui qui a constitué et constitue encore le fond mental de certains peuples; elles répondent au besoin d'expliquer la genèse des phénomènes naturels.

Par rapport à l'évolution de l'espèce, nous naissons avec une somme de stratifications mentales (Sergi); que la couche la plus récente s'altère, et l'homme ainsi diminué devient l'analogue de son ancêtre, le sauvage confiant dans son fétiche protecteur.

On peut ainsi définir ces délires, la réapparition d'une superstition subconsciente dans le cerveau développé (Meynert) ce qui revient à dire que « l'éréthisme psychomoteur est objectivé lorsque la synthèse mentale incomplète amène l'automatisme involontaire et le défaut de subjectivité. »

Tels sont les points de vue originaux qu'a envisagés M. le Dr Marie dans cette étude de psychologie normale et pathologique comparées; il y met en parallèle les mentalités des primitifs, des sauvages, des enfants et des malades; il compare en outre les épidémies psychopathiques d'antan aux psychoses collectives et autres de l'époque moderne. Ce livre intéresse les anthropologistes comme les psychitâres, les sociologues et les légistes :

il est inspiré de la philosophie d'Auguste-Comte. Une préface d'actualité le précède, due à la plume de M. le Dr Thulié, directeur de l'Ecole d'anthropologie de Paris; d'intéressantes planches le terminent, représentations anciennes de rêves délirants de démonolatres, tirées de la *Bilbiothèque diabolique* publiée par M. le Dr Bourneville. Dr J. ROLET.

XII. — *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés* ; par A. FOREL, ancien prof. de psychiâtrie à l'Université de Zurich, 1906, 2e édit. avec fig. et 2 planches.

Etudier la question sexuelle sous tous ses aspects, scientifique, ethnologique, pathologique et social ; chercher la meilleure solution pratique aux problèmes qui s'y rapportent, tel est le but poursuivi par le prof. Forel. Pour qu'une œuvre semblable ait une valeur réelle, et qu'elle ne manque pas son but, il faut qu'elle soit sincère, faute de quoi, l'auteur est simplement suspect de pornographisme mercantile. Le nom du célèbre psychiâtre de Zurich nous était déjà une garantie ; la lecture de son gros travail nous a convaincu de sa haute valeur éducative et de sa parfaite honnêteté : il peut, il doit être mis dans les mains, non seulement de l'adulte qui *pense*, mais aussi de tout adolescent normalement éduqué.

Une analyse sommaire de ce traité de 600 pages est impossible ; nous allons essayer seulement d'en dégager les idées principales. Les sept premiers chapitres traitent l'histoire naturelle et la psychologie de la vie sexuelle ; le 8e, sa pathologie ; les chap. 9 à 18, son rôle social.

Chez tous les animaux supérieurs, on trouve la reproduction sexuelle ou conjugaison par les cellules des glandes sexuelles. Ces cellules continuent la vie de leurs parents, de sorte que l'individu ne meurt pas en entier, il continue à vivre dans ses descendants ; la chromatine de nos cellules germinatives est le porteur de toutes les qualités héréditaires des énergies de l'espèce (*mnéme* héréditaire). Les lois mnémiques de Hering et de Semon (théorie des irritations) jettent un jour nouveau sur l'hérédité. Il peut y avoir hérédité de certains caractères acquis, s'expliquant par les phénomènes d'engraphie mnémique (Semon) ; et Forel appelle *blastophorie*, la détérioration du germe par intoxication.

Le chapitre III décrit le mécanisme du coït ; c'est un peu scabreux ; mais c'est si bien exposé, si scientifique, si adapté au but moral du livre, que nul ne saurait y voir de tendances pornographiques. A côté des différences sexuelles, il y a les différences psychologiques entre l'homme et la femme ; la femme n'est pas physiologiquement imbécile, comme l'a dit Mœbius ; l'intelligence est appréciée par Forel par le rapport du lobe frontal avec le reste du grand cerveau : 42/100 chez l'homme, et 41,3/100 chez

la femme ; la différence est petite ; en revanche, la femme est supérieure au point de vue de la volonté. L'appétit sexuel appartient à l'activité du grand cerveau ; l'amour y est produit par l'irradiation de l'appétit sexuel et *travaillé* par l'attention ; chez l'homme, l'appétit est plus fort, mais très variable (fine analyse des causes de ces variations). La sexualité a été dénaturée par la civilisation (*haute école de la débauche*) ; son exploitation, avec celle de l'alcool, constitue un *brigandage social* : dans le cerveau de la femme la sexualité joue un rôle immense. Sous le nom de *flirt*, il nous semble, à ce sujet, que Forel comprend des formes d'excitation sexuelle beaucoup trop sensuelles ; il le condamne d'ailleurs sous cette forme. Toutes les irradiations de l'amour sont passées en revue et l'auteur conclut que le sentiment de l'attraction des sexes est la source de tous les sentiments de sympathie et de devoir, jusqu'à l'idée de patrie ; nous ne pouvons nous empêcher de citer sa définition de l'amour : « *C'est l'attrait sexuel joint à l'harmonie des caractères, entraînant une union, dans laquelle les conjoints s'incitent au travail social, en commençant par leur éducation mutuelle et celle de leurs enfants.* » N'est-ce point parfait, et d'une haute envolée sociale ? C'est la régénération du monde par l'amour, que les religions chrétiennes rendent honteux ! De la longue analyse des phénomènes psychiques en rapport avec l'amour, nous retiendrons la conclusion, que l'amour normal repose sur une symphonie de sentiments et de sensations harmoniques combinés. L'histoire du mariage est retracée d'après Westermark ; les unions consanguines ne sont préjudiciables que lorsqu'elles ont pour résultat d'accumuler des tares ; le mariage par achat se retrouve dans la *dot* ; nous vivons, dit Forel, sous l'empire de Mammon. Au sujet de sa forme, il a été d'abord monogame, puis polygame, puis monogame ; dans l'avenir il sera monogame *libre*. Le chapitre sur l'évolution sexuelle est un des plus captivants : dans l'ontogénie, l'amour, de sexuel, devient humanitaire, altruiste : l'enfant est égoïste ; l'adulte fait de l'égoïsme *à deux* ; le vieillard, n'ayant plus de but reproducteur, dirige sa vie en vue du bien social. De même, dans la phylogénie, notre ancêtre unicellulaire ne vivait que pour lui-même ; puis s'établit la reproduction sexuée sans amour, puis l'amour conjugal, familial ; enfin, l'amour social. Cela confirme la loi de Hœckel : l'ontogénie est une répétition raccourcie de la phylogénie.

La pathologie sexuelle est ensuite étudiée, d'après Krafft-Ebing. Forel attribue à l'alcoolisme la plupart des perversions. La suggestion joue aussi un grand rôle dans l'amour et ses anomalies ; la civilisation est néfaste ; ses effets sont : le mariage d'argent, la prostitution, et le concubinage vénal. La prostitution est longuement critiquée ; l'Etat ne devrait pas la réglementer (critique des bordels, « sic »). Il faudrait poursuivre le proxénétisme et permettre

des actions en dommages-intérêts dans le cas d'infection ; puis surtout enseigner l'hygiène et détruire la fausse pudeur qui s'attache aux rapports sexuels. Les excès, comme l'ascétisme, conduisent aux aberrations. D'ailleurs, les religions, surtout le catholicisme, ne sont-elles pas néfastes ? Elles ont attaché une idée de honte aux rapports sexuels, quoique certains rites ne soient que des habitudes de la vie sexuelle. Et la confession ! Forel en stigmatise l'immoralité, en citant (en latin, heureusement) les questions à poser par les confesseurs, d'après les P.P. Dens, Lignori, Debreyne, Chiniqui. C'est à frémir! En vérité, si nos confesseurs posent de telles questions aux femmes, on peut dire qu'il vaudrait mieux envoyer celles-ci au lupanar ; ce serait moins ignoble ! Le mysticisme, l'extase religieuse et la volupté sexuelle se combinent souvent en une trinité fort réelle; il y a les religieux par habitude, et les religieux vrais, qui sont des érotiques.

Dans l'examen des questions de droit, Forel demande : l'égalité des sexes, le divorce facile, la légitimité des unions libres, même homosexuelles (puisqu'elles ne nuisent à personne), le matriarcat, avec le nom de la mère aux enfants, etc..; la castration peut être autorisée pour éviter la reproduction des individus dangereux. Au point de vue du droit pénal : étant donné que le libre arbître n'est fondé que sur une illusion, suppression des notions de culpabilité et d'expiation ; l'homme libre est celui qui est adaptable ; le non-libre est celui qui est dominé par ses passions; intervention de la justice seulement si la société est lésée ou peut l'être ; droit de supprimer les idiots, monstres, etc. (puisqu'on fait la guerre, qui tue les valides) ; droit à l'avortement, en cas de viol de la mère. Dans un chapître d'hygiène, l'auteur préconise ensuite les moyens anticonceptionnels, qui, à son avis, assureront la sélection, et parmi eux, les préservatifs dits « capotes anglaises » en membranes animales. Il faut éduquer la jeune fille, de façon que les fiancés puissent débattre la question sexuelle, leurs penchants, leurs besoins, avant le mariage ; pourquoi même n'y aurait-il pas des mariages à l'essai ? Le médecin a, enfin, avant l'obligation du secret médical, un devoir d'honnête homme à remplir, en dénonçant les tarés qui lui demandent son avis pour le mariage, et qui voudraient passer outre. La vraie morale consiste à ne pas nuire et à être utile ; la vie sexuelle s'élevera quand elle sera débarrassée des liens du mysticisme. En économie politique, la question sexuelle joue un grand rôle : une sélection rationnelle imposera un néo-malthusianisme aux malades, aux êtres inférieurs, tarés, et poussera les forts, les bons, à la reproduction intense.

La pédagogie surtout doit s'intéresser à la question sexuelle; il ne faut pas entourer de mystère les fonctions sexuelles, mais les enseigner : une femme docteur, Mme Hilliker, a même proposé

de remplacer, chez la femme, le service militaire de l'homme par un an de service dans les hôpitaux, à 18 ans. L'école de l'avenir devra être organisée comme les Landerziehungsheime (V. Forel, L'âme et le syst. nerveux). Enfin, l'art ne doit pas être pornographique ; il doit être *sain*. Dans un dernier chapitre, Forel résume tous ces préceptes ; ils ne sont pas une utopie, mais constituent des réformes rationnelles; ils se divisent en devoirs négatifs et positifs. Grâce à leur mise en pratique, les époux de l'avenir se connaîtront profondément, les mariages seront heureux ; s'ils sont stériles, l'adoption d'orphelins, le concubinat accepté, le divorce facile, seront les remèdes possibles. Sans doute, dit-il en terminant, ces transformations n'amèneront pas le paradis sur terre : mais elles seront un grand progrès et non une utopie, un remède contre les menaces toujours plus grandes de déchéance.

E. Coulonjou.

XIII.— *La tuberculose dans les asiles d'aliénés. (Revue statistique, étiol. et prophyl.)* ; par le Dr J. Rolet, interne des asiles de la Seine, 1906 ; broch. in-8° de 104 pages.

Les principaux passages de ce travail ont été publiés par les *Archiv. de Neurol.*, sous les noms de MM. Marie et Rolet (1906, nos 130 et 131). M. Rolet rappelle les statistiques de mortalité par tuberculose dans les asiles : 117 décès p. 10.000 malades en France (en moyenne), et publie celle que dressa M. Bourneville pour son rapport en 1904 ; à l'étranger, elles donnent un pourcentage encore supérieur. Puis, de l'examen des travaux sur les relations entre la tuberculose et l'aliénation mentale, il conclut à une influence réciproque : observation de Dupré — cérébrosclérose d'Anglade, — rôle de la tuberculose dans l'idiotie, l'épilepsie (Bourneville-Anglade) et la P. G. (Klippel-Anglade) ; d'autre part, il ne faut pas oublier la réceptivité spéciale des aliénés à l'égard du bacille.— Les conditions d'existence actuelle des aliénés montrent que la contagion joue un rôle capital (voies respiratoires et digestives) ; l'hygiène des asiles est très précaire. Les aliénistes doivent lutter : insuffisance des prescriptions de la circulaire du 15 juin 1901. Le principe de l'isolement des phtisiques devrait être partout observé; à Villejuif, MM. Briand et Marie ont déjà fait un heureux essai. A l'étranger, on s'engage avec ardeur dans cette voie (3 exemples avec figures) ; la France ne saurait rester en arrière ! Si la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles n'a point encore été mise en pratique chez nous, c'est, dit M. Rolet, parceque les asiles n'ont pas d'argent. Et cela est bien vrai ! Si l'on pouvait se douter des difficultés budgétaires contre lesquelles se débattent les aliénistes, on ne s'étonnerait plus des différences qui séparent encore les malades mentaux des autres au point de vue de l'assistance ; tant que les conseils gé-

néraux octroieront généreusement 0 fr. 75 comme prix de journée. Il ne faudra pas songer à bâtir des pavillons d'isolement et des galeries de cure : *primum vivere* ! (v. p. 483). E. COULONJOU.

XIV. — *Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du droit* ; par le Dr LEGRAIN. (Rousseau, éditeur, 1906.)

M. Legrain vient de publier sous ce titre le cours professé par lui en 1905 à la Faculté de droit. Ce cours qui comprend quatorze leçons essaie de dégager, à l'aide de la pathologie, le mécanisme si compliqué du crime. Il montre que le juriste doit puiser dans la psychiâtrie s'il veut constituer le droit pénal sur des bases scientifiques.

L'auteur passe d'abord en revue les différentes écoles de droit pénal et fait la critique de l'Ecole classique qui repose sur la *loi morale* et de l'Ecole de Lombroso, exagération d'une idée juste. « Ce n'est pas obligatoirement, fatalement qu'on trouvera chez le criminel la source de son acte anti-social ; il ne sera pas un criminel-né, il ne sera qu'un individu pouvant, suivant l'intervention de telles ou telles circonstances contingentes, devenir ce qu'on appelle un criminel. »

La plus grande partie du livre est consacrée à la personnalité ; comment elle se constitue, comment elle se transforme dans le cours des années et comment elle regresse et disparaît. Ce sont les trois faits qui sont mis en évidence à la lumière de la pathologie mentale par l'observation d'un grand nombre de malades.

1° *La personnalité se constitue* par des apports héréditaires relativement durables et des efforts sensoriels contingents et variables, s'emmagasinant et s'associant dans le sub-conscient. On peut oublier ces notions, mais elle revivent dans le rêve, dans les états maniaques où l'on voit comme une vague de fond amener à la surface et placer sous les yeux de la conscience des dépôts inconnus.

2° *La personnalité se transforme* par suite de contingences, de relations sociales de milieu extérieur. C'est ainsi qu'on peut devenir criminel sous l'influence de mauvais exemples, de camaraderies fâcheuses. Rien ne montre mieux cette transformation que la pathologie (différentes périodes du délire chronique).

On doit considérer la personnalité comme une résultante ; elle naît, se développe, se complique pour s'épanouir de plus en plus sans jamais cesser de se transformer, subissant dans le même temps le poids des contingences extérieures. Une idée recouvre l'autre sans l'effacer, de là la constitution du *sub-conscient*. Chaque être sent qu'il a en lui un être inconnu ou mal connu avec lequel il voisine. Ainsi s'expliquent nos réminiscences, nos refrains, nos états passionnels : le fils du mélancolique devient mélancolique,

le déséquilibré vole, l'épileptique jaloux tue, chacun ayant réagi avec son sub-conscient.

L'auteur montre encore la réalité du sub-conscient par les délires appelés par lui *délires à éclipse* « formations délirantes à réapparitions périodiques non fatales reproduisant toujours les mêmes traits qui dorment dans le sub-conscient pendant les époques intercalaires ». Les malades sortent guéris, reprennent leurs occupations et reviennent un beau jour avec un aspect délirant identique, pour guérir de nouveau et retomber ensuite. Tel est le cas de l'homme à l'échelle qui, chaque fois qu'il tombe malade, s'arrête sur un pont, jette à l'eau son échelle, son seau et lui-même.

Dans l'ivresse qui obscurcit la conscience et supprime le contrôle de la raison, on voit apparaître brutalement le sub-conscient avec ses instincts souvent criminels.

M. Legrain étudie avec soin la médecine légale de l'alcoolisme, de l'absinthisme. Il s'étend sur les récidivistes, les parasites, les aliénés criminels et fait remarquer cette anomalie qui consiste à envoyer le même individu tantôt dans les asiles, tantôt dans les prisons, selon qu'on le considère comme alors irresponsable ou comme vicieux responsable.

3° *La personnalité se disloque, la conscience n'est pas une.* Cette dislocation se montre dans les états d'obsessions et d'impulsions, l'automatisme, la suggestion, la fascination des masses par une poignée de gens.

Après avoir ainsi étudié la personnalité à toutes les phases de son histoire et prouvé qu'elle n'est pas une unité théorique mais tout un monde où le sub-conscient ne tient pas la moindre place, l'auteur en arrive à la notion de responsabilité et fait le procès de la *responsabilité atténuée.* Il pose en principe que les individus à responsabilité dite atténuée étant des anormaux, des irréguliers, des malades, on ne doit pas les punir mais les traiter. « Je suis d'avis que la responsabilité atténuée n'est pas une conception rigoureusement scientifique. Elle est inutile à la recherche de la vérité ; elle ne sert point les intérêts de la justice ; elle est enfin un mol oreiller qui a permis à bien des consciences de se reposer ; c'est une de ces solutions bâtardes qui fut une façon commode de déguiser notre ignorance et de concilier les exigences de la défense de certains anormaux avec celles du Code. »

Le livre de M. Legrain est des plus intéressants pour le médecin comme pour le juriste. Nul doute qu'il n'obtienne un grand succès. « L'auteur a ouvert de nouveaux horizons à nos élèves », dit M. Garçon, professeur à la Faculté de droit, dans la préface. C'est le plus bel éloge qu'on en puisse faire. R. Leroy.

XV. — *La démence* ; par M. le Dr Auguste Marie. (Collection de la *Bibliographie internationale de psychologie expérimentale.* Directeur : Dr Toulouse.) O. Doin, éditeur.

L'ouvrage de M. A. Marie est une étude d'ensemble de la démence, riche en documents de toutes sortes, savamment interprêtés.

Dans le premier chapitre, l'auteur adopte pour la définition et la classification des diverses démences les données anatomiques de M. Klippel et distingue nettement les démences dont la lésion est purement neuro-épithéliale de celles dont la lésion est encore et surtout vasculo-conjonctive. La démence dans l'une et l'autre variété est due à l'abrasion, la section et la rétraction des dendrites qui aboutissent, en fin de compte, à *l'autonomie cellulaire.*

Le second chapitre résume la psycho-physiologie des déments. On trouve dans ce long chapitre les renseignements les plus utiles sur l'examen des sujets, les tests qu'on peut employer, les réactions démentielles aux excitations diverses.

L'historique de la démence est traité ensuite avec des considérations philosophiques fort suggestives. Les diverses opinions des auteurs français et étrangers y sont exposées clairement et discutées chacune en quelques lignes.

Ces préliminaires conduisent à l'exposé des divers types de démence. Pour l'auteur, les démences précoces sont primitives ou secondaires. Parmi celles-ci sont les démences maniaques, mélancoliques, névrosiques et celles du délire chronique. Les démences paralytiques, les démences séniles, les démences par lésions organiques sont ensuite exposées avec une grande richesse de détails.

Le dernier chapitre est consacré aux problèmes sociaux, familiaux et légaux. Ce qui encombre les asiles français ce sont les déments, les incurables et cet encombrement a des conséquences fâcheuses à tous les points de vue.

La création de *fermes-hospices* de deux cents malades au maximum dans les départements de la Seine, Seine-et-Oise et limitrophes ou la création de *colonies familiales*, comme celle de Dun-sur-Auron, placeraient les déments dans les meilleures conditions possibles, les sauveraient de l'*Asylum dementia* et désencombreraient les asiles qui, au lieu d'être des maisons de traitement, sont quelquefois des fabriques d'incurables.

Le livre de M. A. Marie contient un grand nombre de figures, schémas et reproductions de dessins et d'écrits de déments. La bibliographie est très étendue. Une table analytique fort complète facilite la recherche de renseignements précis. R. Leroy.

VARIA

ÉTABLISSEMENTS DE SOURDS-MUETS ET D'AVEUGLES.

Paris, le 23 décembre 1906.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, à Messieurs les Préfets. — Pour me permette d'achever un travail en préparation sur les établissements de sourds-muets et d'aveugles, je vous prie de vouloir bien me faire connaître :

1° Dans quel établissement votre département envoie les sourds-muets et les aveugles, de l'un et de l'autre sexe, âgés de 6 à 12 ans ; 2° le nombre de ces enfants, garçons et filles ; 3° le prix de bourse payé pour chacun d'eux ; 4° le montant des crédits affectés à leur entretien et inscrits dans le budget départemental de 1906.

Ces renseignements devront m'être fournis dans le plus bref delai, *en deux états distincts, un pour les sourds-muets, un autre pour les aveugles*, et me parvenir sous le couvert du premier bureau de la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques.

G. CLÉMENCEAU.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS (1).

(Milan, 26-30 septembre 1906).

(*Suite et fin.*)

La proposition du Dr Frank (de Zurich), demandant la fondation d'un Institut international pour l'étude étiologique, et pour l'action prophylactique des maladies nerveuses et mentales, avait été adoptée par le Congrès sans objections.

Le Dr Ladame (de Genève) avait cependant montré que le vaste programme du Dr Frank était présentement irréalisable pour la Commission internationale ; l'orateur expose qu'il y a des questions pratiques d'assistance internationale des aliénés, qui sont bien plus urgentes. Il conclut en déposant la proposition suivante :

« Le Congrès, considérant que les mesures internationales de rapatriement des aliénés étrangers dans leur pays d'origine, sont les plus urgentes à prendre pour l'assistance et la protection de ces malades.

« Emet le vœu : Que les gouvernements s'entendent pour

(1) Voir *Archives de Neurologie*, p. 303.

l'adoption des mesures communes de patronage, d'assistance, de protection et de rapatriement des aliénés étrangers dans leur pays d'origine, afin d'assurer l'exécution rapide et réciproque de ces mesures, qui seront concertées avec l'aide des Sociétés de secours ou de patronage des pays intéressés.

«Le Congrès charge le Comité international pour l'assistance et la protection des aliénés, de faire sans retard, auprès des gouvernements, les démarches nécessaires à la réalisation de ce vœu ».

Cette proposition avait été immédiatement contresignée par MM. les professeurs *Lombroso* (de Turin), et *Marie* (de Paris). et adoptée sans opposition par le Congrès.

*
* *

A la fin du Congrès, de nombreuses récompenses furent attribuées aux participants d'une remarquable exposition de plans d'asiles et d'œuvres d'assistance familiale. Puis, les Congressistes firent deux charmantes excursions aux asiles de Montebello et de Mendrisio. Le IIe Congrès d'assistance des aliénés a eu un plein succès. On peut affirmer qu'il aura certainement dans l'avenir des résultats heureux. Dr Lucien Graux.

Dépots de mendicité

Paris, le 30 octobre 1906.

Le Président du Conseil à Messieurs les Préfets.

L'application prochaine de la loi de 1905, sur l'assistance obligatoire, ayant soulevé au sujet des dépôts de mendicité un certain nombre de questions délicates, j'ai l'honneur de vous inviter à me fournir d'urgence les renseignements suivants :

1° Y a-t-il un dépôt de mendicité dans votre département et quel est-il ? A quelle date et par quel acte fut-il institué? Contient il des reclus et quel en est le nombre ? S'il ne contient pas de reclus, quel en est le motif ?

2° A-t-il été annexé au dépôt de mendicité un asile de vieillards, d'infirmes, d'incurables ou d'aliénés ? Si oui, en vertu de quelle décision ? Quelles mesures sont prises pour distinguer les hospitalisés des reclus au point de vue moral, au point de vue matériel ? Le dépôt de mendicité et l'asile annexe ont-ils leurs budgets et comptes communs ou distincts ?

3° Un quartier d'hospice, d'asile de vieillards, d'asile d'aliénés ou d'incurables remplit-il en fait l'office de dépôt de mendicité ? Si oui, en vertu de quel acte cette situation de fait s'est-elle produite ?

4° Si votre département ne possède pas de dépôt de mendicité, a-t-il, et depuis quand, un traité avec un département voisin pour l'internement de ses reclus ? Quel est le nombre de ces derniers ? Je vous serai obligé de joindre à votre rapport un exemplaire de ce traité ou bien une copie du règlement intérieur du dépôt existant dans votre département. J'ajoute que je tiens à ce que vous

m'envoyiez régulièrement, chaque année, le compte administratif de cet établissement.— *Le Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques*, MIRMAN.

ECOLE DE PSYCHOLOGIE

49, rue Saint-André-des-Arts, 49

Cours de 1907 (7e année)

Hypnotisme thérapeutique.— M. le Dr BÉRILLON, professeur. Objet du cours : 1° Psychothérapie générale : La thérapeutique des maladies de la volonté et l'éducation du caractère. Les lundis à cinq heures, à partir du lundi 14 janvier. 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : Les enfants et les adolescents anormaux : Retardataires, instables, timides, indociles pervers et nerveux. Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 10 janvier.

Hypnotisme expérimental. — M. le Dr Paul MAGNIN, professeur. Objet du cours : L'hypnotisme et la psychothérapie chez les hystériques. Les lundis et les jeudis à cinq heures et demie, à partir du jeudi 10 janvier.

Psychologie générale. — M. Lionel DAURIAC, prof. hon. de l'Université de Montpellier, professeur. Objet du cours : Etude des sentiments. Les vendredis à cinq heures et demie, à partir du vendredi 11 janvier.

Psychologie pathologique. — M. le Dr Paul FAREZ, professeur. Objet du cours : Les états de mort apparente. Les samedis à cinq heures à partir du samedi 12 janvier.

Psycho-physiologie de l'Art.— M. Félix RÉGAMEY, professeur. Objet du cours : Les princes du dessin. — Influence des procédés routiniers sur la décadence de l'art de la peinture. Les mardis à cinq heures et demie, à partir du mardi 15 janvier.

Psychologie des dégénérés et des atypiques. — M. le Dr BINET-SANGLÉ, professeur. Objet du cours : Jésus de Nazareth. Les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 12 janvier.

Anatomie et psychologie comparées. — M. E. CAUSTIER, agrégé de l'Université, professeur. Objet du cours : La vie sociale des plantes et des bêtes. — La loi de l'entraide, facteur de l'évolution. Les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 17 janvier.

Psychologie des animaux. — M. LÉPINAY, professeur. Objet du cours : Les méthodes de dressage ; utilisation de l'intelligence et de l'instinct. Les mercredis à cinq heures et demie, à partir du mercredi 17 janvier.

Psychologie musicale.—M. le Dr R. PAMART, professeur. Objet du cours : La psychologie des grands maîtres et le caractère de leurs œuvres. Les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 17 janvier.

Psychologie et morale sexuelles. — M. le Dr MAYOUX, pro-

fesseur. Objet du cours : L'éducation des sexes. Les mardis à cinq heures, à partir du mardi 15 janvier.

FAITS DIVERS

Asile d'aliénés. — *Mouvement d'octobre.* — M. le Dr Delwarte, médecin adjoint à Evreux, nommé directeur médecin de l'asile de Naugeat (Hte-Vienne), en remplacement de M. le Dr Broquère, mis en disponibilité. — M. le Dr Cossa, médecin adjoint, promu au grade de médecin en chef, et maintenu dans les fonctions de médecin inspecteur du service des aliénés des Alpes-Maritimes. M. le Dr Ameline, médecin adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Distinction honorifique. — Lettre de félicitations pour acte de courage et de dévouement : M. Fortias, employé à l'asile d'aliénés de Montdevergnes (Vaucluse).

Mouvement de novembre. — M. le Dr Sizaret, médecin en chef de l'asile des aliénés de Rennes, est promu à la classe exceptionnelle du cadre. M. le Dr Cornu, médecin adjoint à l'asile de Pau, promu à la 1e classe du cadre.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une les plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 o/o prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX FRÈRES ET THIRON.

TABLE DES MATIÈRES

ACHONDROPLASIE. Sur deux cas d' —; par Parhon, Shimda et Zalplachta, p. 218. —; Voir *Micromélies*.

ACROMÉGALIE. Voir *Moelle*. Un cas d'— sans hypertrophie du corps pituitaire avec formation kystique dans la glande, par Widal Roy et Froin, p. 458.

AFFECTION SPASTIQUE bulbo-spinale familiale; par Ballet et Rosev.

AGRAPHIE. Voir *Hystérique*.

ALCOOLIQUES. Voir *Suicide*.

ALCOOLISATION locale des troncs nerveux, par Brissaud, Picard et Tahon, p. 48.

ALCOOLISME. Recherches expérimentales sur l'influence de l'— sur le pouvoir de procréer et sur les descendants, par Ceni, p. 149. —; p. 239.

ALIÉNÉS. — Voir *Condamnés*. — Voir *Sang*. — Voir *Scorbut*. — Voir *Température*. — en liberté, p. 157, 413. Les — étrangers internés dans les asiles, p. 330.

AMNÉSIE. Voir *Hystérique*.

AMUSIE. — Voir *Hystérique*.

AMYOTROPHIE Aran-Duchesne; par Raymond et Lejonne, p. 48 Recherches expérimentales sur la pathogénie de l' — d'origine cérébrale, par Caracciolo, p. 150.

ANESTHÉSIES. Des — psychiques dites nerveuses ou hystériques par Blum, p. 322.

ANESTHÉSIQUES. — Des — et en particulier de la scopolamine envisagés comme adjuvants à la suggestion hypnotique, p. 227.

ANGELO. Le cas d'—. Mort en prison à la suite d'une détention très courte. Suspicion de violence. Délire aigu. Par Amante, Bignanni, Borri, Impallomeni, Ottolenghi, p. 230.

ANORMAUX. Contribution au diagnostic des irrégularités mentales. Les frontières anthropométriques des —, d'après Binet, par Decroly, p. 402.

ANTITOXIQUES. Voir *Sang*.

APHASIE. Voir *Hystérique*.

APHONIE. Voir *Hystérique*.

APOPLEXIE tardive traumatique son importance au point de vue médico-légal; par Pierre Marie et Crouzon, p. 230.

ARABES. Voir *Maladies nerveuses*.

ARAN-DUCHESNE. Voir *Amyotrophie*. — — Voir *Atrophie musculaire*.

ASILES d'aliénés; mouvement de juin-juillet, p. 64 ; août-septembre, p. 330. La loi sur les — —, par Tamburini, p. 236. La réforme des — — en Belgique, par Morel, p. 237. La surveillance dans les — —, par Marcel B..., p. 312. — — de Dury-les-Amiens : demande de surveillante, p. 361. — — Voir *Tuberculose*. — —, mouvement, octobre, p. 415.

ASPERGILLUS FUMIGATUS. Les propriétés toxiques de l'— — en rapport avec les saisons de l'année, par C. Ceni, p. 229. Le pouvoir pathogène de l' — ochraceus et son rapport avec l'étiologie et la pathogénie de la Pellagre, par Ceni, p. 387.

ASSISTANCE. Nécessité de l' — des idiots, p. 158.

ATAXIQUES. Les —, considérés comme atteints de phobie ou d'astasie-abasie, sont, en partie, des cas d'incoordination ou d'anesthésie du tronc méconnus, par Faure, p. 198. — Voir *Marche*.

ATHÉTOSE double. Mort au cours de variole. Autopsie, syphilis héréditaire probable, par Crespin, p. 191.

ATROPHIE cérébrale expérimentale et — cranienne concomi-

tante, par d'Abundo, p. 144. Sur un cas d' — musculaire progressive, par de Buck et Deroubaix, p. 155. Nosographie et pathogénie de l' — musculaire progressive, par Valobra, p. 156. — musculaire du type Aran-Duchesne d'origine syphilitique, par Lannois.

BESTIALITÉ et inceste, p. 159.
BROME. Voir *Poisons*.
BROMURATION. Voir *Epilepsie*.
BULBE. Critiques et observations anatomiques sur la région sous-épendymaire du bulbe et du pont cher l'homme, par Agenzi, p. 153. — Voir *Landry*. Une épingle rouillé dans le — par Devic et Nordmann, p. 465.
BUNZEN. Voir *Mommsen*.

CALCIUM. Action du — sur l'écorce cérébrale, par Roucoroni, p. 140.
CAUSES MORBIDES. Voir *Pathologie mentale*.
CÉCITÉ. Voir *Hystérique*.
CELLULE NERVEUSE. Recherches histologiques sur l'origine et le mode de formation de la — — dans la moelle épinière et dans la protubérance du poulet, par Besta, p. 139. Le mode de formation de la — — dans les ganglions spinaux du poulet, par Besta, p. 140. — spinales, voir *Neuro-Fibrilles*. — nerveuse, voir *Réticulum fibrillaire*. — nerveuse, voir *Inanition expérimentale*. Sur la nucléole de la — nerveuse, par Lache, p. 389. Sur des modifications particulières des — nerveuses et de leurs prolongements dans le S. N. C., dans un cas d'atrophie cong. du cervelet, par Straussler, p. 393.
CELLULES de l'hospice de Saint-Omer, p. 239.
CENI. Voir *Epilepsie*.
CÉPHALO-RACHIDIEN. Nouvelles recherches sur le liquide — —, par de Buck et Deroubaix, p. 389.
CERVEAU. Le — sénile, par Léri, p. 111.
CERVELET. Fonctions du —, par Babinski, p. 48. — Voir *Cellules nerveuses*.
CHOLINE. Sur la présence de la — dans le sang au cours des maladies du système nerveux, par Claude, p. 213.
CHORÉE. Voir *Huntington*. Un cas de — de Huntington avec résultat anatomo-pathologique par Besta, p. 386.
CONDAMNÉS atteints d'aliénation mentale et d'épilepsie placés dans les établissements d'aliénés (circulaire ministérielle). p. 58.
CONFUSION hallucinatoire aiguë et insuffisance hépatique, par Deny et Renaud, p. 40. Deux cas de — mentale liés à la fièvre typhoïde et à la scarlatine. Séro-diagnostic et étude bactériologique, par Taty et Chaumier, p. 210.
CONGRÈS international pour l'assistance des aliénés, p. 59. Second — belge de Neurologie et de Psychiâtrie, p. 64. — des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Lille, 1er-7 août 1906, p. 101, 197. XIe — international de l'assistance des aliénés, p. 303.
CONTRACTIONS « synergiques paradoxales » observées à la suite de paralysie faciale périphérique, par Lamy, p. 222.
CONTRACTURE. Attitudes vicieuses par — hystérique chez les enfants, par Broca et Herbinet, p. 222.
CONVULSIVANTS. Les — dans l'épilepsie, par Devay, p. 24.
CORPS CALLEUX. Voir *Tumeurs*.
COURBES. — L'analyse mathématique des — de fatigue comme procédé de diagnostic dans les maladies nerveuses, par Mlle Ioteyko, p. 417.
CRAMPE des écrivains guérie par la ligature élastique, par Hartemberg, p. 19. La — professionnelle et son traitement par le massage méthodique et la rééducation, par Kouindjy. p. 28.
CRIMINELS. Prophylaxie et traitement des — récidivistes, par Morel, p. 227.
CRISES gastriques tabétiques;

élongation du plexus solaire, par Vallas et Cotte, p. 34. — laryngées, voir *Tabétiques*. — épileptiformes d'origine pleurale, par Roch, p. 223.
CYSTICERCUS. Contribution au diagnostic du — du 4e ventricule, par Osterwald, p. 398.

DÉCHLORURATION. Voir *Epilepsie*.
DÉGÉNÉRATIONS secondaires expérimentales par arrachement du sciatique étudiées avec la méthode de Donaggio pour les —, par Lugiato, p. 141.
DÉLIRE. Les symptômes du — d'interprétation, par Sérieux et Capgras, p. 40. Un cas de — systématisé avec artérite cérébrale hypertrophique progressive par Klippel et Antheaume, p. 41 — de persécution à base de fausse interprétation et — alcoolique, par Rémond et Lagriffe, p. 176.
DÉLIRIUM TREMENS. Le — — chloralique et son traitement (délirium tremens et syndrome paralytique fugace), par Antheaume et Parrot, p. 42.
DÉMENCE précoce. Voir *Moelle*. Les formes frustes de la — précoce; par Crocq, p. 39. La — — est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique, par Dide, p. 43. Sur la forme stationnaire de la — paralytique, par Serge Soukhanoff, p: 44. — précoce. Voir *Ictus*. Formes prodosmique dépressives de la — précoce, par Pascal, p. 202. Un cas de — précoce post-confusionnelle avec autopsie et examen histologique, par Anglade et Jacquin, p. 213. — —. Voir *Globule rouge*. Considérations anatomo-pathologiques sur la — précoce, par de Buck et Deroubaix, p. 388. — précoce paranoïde (Diagnostic différentiel de la Paranoïa), par Ferrarini, p. 399. Altérations particulières du langage dans un cas de — primitive, par Linguerri, p. 400 La — par A. Marie, p 492.
DÉMONOPATHIE. Autour d'une épidémie de —, par Morgain, p. 40.

DIFFORMITÉ congénitale des membres, par Valobra, p. 391.
DISCOURS. A propos du — de M. le Professeur Grasset au Congrès de Lille, p. 329.
DISTINCTIONS HONORIFIQUES, p. 331, 415.
DONAGGIO. Voir *Dégénérations*. —. Voir *Réticulum*.
DYSTROPHIE d'origine pulmonaire, par Lejonne et Chartier, p. 47.

ECLAMPSIE puerpérale, par de Bruine Plocs Van Amstel, p. 221.
ECORCE CÉRÉBRALE. Voir *Calcium*.
EMPYÈME. Voir *Pseudo-Tumeur*.
ENFANCE ANORMALE, p. 328.
ENFANTS ANORMAUX. La classification des — —, par Decroly, p. 401. Les — anormaux intellectuels, par Jules Voisin, p 404.
EPILEPSIE. Voir *Convulsivants*. Traitement de l' —, par Morgan, p. 26. —. Voir *Traitement*. Nouvelles recherches sur le traitement de l' — par la bromuration avec ou sans déchloruration, par J. Voisin, R. Voisin et Rendu, p. 161. —. Voir *Réflexes*. Contribution au traitement de l' —, par la méthode de Ceni, par Tiengo, p. 229. Petite — épilepsie motrice par Vaclay-Plavec, p. 457.
EPILEPTIQUES. Voir *Tuberculose*. Hospitalisation des —, p. 330. —. Voir *Sang*.
ERB-GOLDFLAM. Voir *Myasthenia gravis*.
ERUPTION SYPHILITIQUE. Un cas d' — — secondaire tardive chez un diabétique, par Brissaud et Oberthur, p. 214.
EXOSTOSES multiples. Contribution à l'étude des dystrophies du cartilage de conjugaison, par Launois et Trémolières, p. 225. Contribution à la casuistique des — ostéogéniques ou de développement, par Simonini, p. 225.

FATIGUE. Contribution nouvelle à l'étude de la — mentale chez

les enfants, par Giuseppe Bellei, p. 153. —. Voir *Courbes*.
FER. Voir *Neurasthénie*.
FIBRES nerveuses. Le développement des — nerveuses périphériques et centrales dans les ganglions épinaux et dans les ganglions céphaliques de l'embryon du poulet, par Pighini, p. 142. Recherches sur la coloration des — nerveuses à la phase initiale de dégénération primaire et secondaire, systématique ou diffuse du système nerveux central, par Donaggio, p. 143. Y a-t-il une rég. ant. des — nerveuses? par Munzer et Fischer, p. 397.
FIÈVRE TYPHOIDE. Voir *Confusion mentale*.
FOLIE. De la — maniaque dépressive, par G. Deny, p. 1. La — gémellaire, par Marandon de Montyel, p. 241.
FRACTURE. Un cas de — avec paralysies nerveuses rares. Contribution à la physiologie des 9e paires crâniennes, par Balint, p. 394.

GLANDE thyroïde. Voir *Greffe thyroïdienne*. — pituitaire. — Voir *Sommeil*.
GLIO-ENDOTHÉLIOME KYSTIQUE. Observation de — — — du lobe occipital droit, par Ravenna, p. 139.
GLOBULE ROUGE. Sur une forme spéciale du — — dans la démence précoce, par Pighni et Paoli, p. 385.
GREFFE THYROIDIENNE. Note sur les bons effets de la — — (méthode Cristiani) chez un enfant arriéré par défaut de développement de la glande thyroïde, par Gautier et Kummer, p. 25.
GYMNASTIQUE médicale associée au bain, Bechterew, p. 29.

HÉMATOMYÉLIE et hémiplégie spinale à topographie radiculaire, par Raymond et Guillain, p. 392.
HÉMIAGÉNÉSIE cérébelleuse, agénésie partielle du corps calleux et du lobe limbique, anomalies des circonvolutions cérébrales, par Bonne, p. 65.
HÉMIANOPSIE, Deux cas d' — bitemporale, par Galezowski, p. 47. — double corticale, par Raymond et Galezowski, p. 49.
HÉMIPLÉGIE avec paralysie du moteur oculaire commun du même côté et troubles sphinctéries, par Cantonnet, p. 47.
HÉMISPASME facial périphérique, par Babinski, p. 222.
HÉMORRAGIE méningée au cours d'une ménigite cérébro-spinale, par Gaussel, p. 217.
HÉTÉROTOPIE. Voir *Leptomyélite*.
HUNTINGTON. Contribution clinique et anatomique à l'étude de la chorée de — ,par Rossi, p. 156. —. Voir *Chorée*.
HYDROCÉPHALIE CONGÉNITALE, par Bourneville, p. 209.
HYPNOTISME. Voir *Somniforme*.
HYSTÉRIQUES. La responsabilité des —, par Leroy, p. 124. De l'état mental des —, par Joire, p. 133. Mutisme, aphonie, aphasie, aphasie motrice, amusie, surdité musicale, surdité verbale, cécité verbale, cécité psychique, agraphie chez un — récemment guéri d'une monoplégie brachiale droite, remontant à huit ans, par Raviart et Dubar, p. 337.— Hystérique avec agraphie cécité et surdité verbales, distinction du mutisme et de l'aphasie hystériques, par Courmont, p. 459.
HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE. Attaque — — après un embarras gastrique, par Lefas, p. 195.

ICTUS. Les — dans la démence préocce, par Pasca, p. 134.
IDIOTS. Voir *Microcéphalie*. Association des idées chez les — et les imbéciles, par Boulanger et Hermant, p. 403.
IMAGES. Voir *Paroles*.
IMBÉCILLITÉ prononcée congénitale (type mongolien), par Bourneville et Royer, p. 425.
INANITION EXPÉRIMENTALE. Voir *Réticulum*. Sur la présence des corpuscules à l'intérieur des cellules nerveuses spinales dans l' — —, par Riva, p. 387.
INSTITUT. Appel en faveur de la fondation d'un — internatio-

nal ayant le but d'établir et de combattre les causes des maladies mentales, par Franck, p. 59.
INSTRUCTIONS concernant l'organisation du service médical de la Maison de santé de Ville-Evrard, par Sérieux et Mignet, p. 315.
INSUFFISANCE hépatique. Voir *Confusion*.
IRRÉGULARITÉS MENTALES. Voir *Anormaux*.
IVRESSES. Les — délirantes transitoires d'origine alcoolique, par Dupré et Charpentier, p. 42

KLEPTOMANIE. La — et son traitement par la suggestion hypnotique, par Bérillon, p. 52

LAICISATION de l'asile d'aliénés de la Charité, p. 329.
LANDRY. Syndrome de —. Valeur pronostique de la lymphopolynucléose rachidienne. Inoculations du bulbe, par Brissaud, Sicard et Tanon, p. 213.
LÉGISLATION et ASSISTANCE. Circulaire Sarrien sur la loi sur les aliénés, p. 476. — Circulaire Clémenceau sur la même loi, p. 480.
LEPTOMYÉLITE à forme tabétique Hétérotopie de la moelle épinière, par Guido-Garbini, p. 147.
LÉSIONS CÉRÉBRALES. Voir *Psychoses*.
LOBE OCCIPITAL. Voir *Glio-endothéliome*.
LOCALISATIONS motrices médullaires, par Mme Déjerine. p. 48.
LOI. La — sur les aliénés, p. 329.

MAL DE MER. Le — — — vrai et le — — — imaginaire, par Régnault, p. 405.
MAL perforant buccal, par Pallasse, p. 469.
MALADES. Du choix des — à placer dans les colonies, par Peeters, p. 315.
MALADIES nerveuses. Fréquence des — nerveuses chez les Arabes, par Dumollard, p. 49. L'analyse mathématique des courbes de fatigue comme pureté de diagnostic dans les — nerveuses, par Mlle Yoteyko, p. 218, 417.
MARCHE. Nouvelle méthode de rééducation de la — chez les ataxiques, par Lewèvre, p. 217.
MASSAGE. Voir *Crampe*.
MÉDECINS. Recrutement des — des asiles, p. 233. Des — adjoints dans les établissements d'aliénés, par Meens, p. 316.
MÉDECINE MENTALE. Éléments de — appliqués à l'étude du droit, par Legrain, p. 490.
MÉLANCOLIE. La —, étude médicale et psychologique, par Masselon, p. 53.
MÉMOIRE. L'association médiate dans la — émotive, par Patini, p. 145.
MÉNINGITE. Spinale et syndrôme articulaires dans le rhumatisme chronique, par Lépine, p. 468.
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. Bibliographie de la — — —.
MÉNINGITE TUBERCULEUSE. — Sans réation leucocytaire du liquide céphalo rachidien, par Fauly, p. 462. — Tubercules cérébro et cérébelleux.caverne pulmonaire chez un enfant de 8 mois par Rabot et Barlatier, p. 467.
MÉNINGO-ENCÉPHALITE, voir *Paralysie générale*.
MENZE. Voir *Mommsen*.
MÉTHODE HYPNO-PÉDAGOGIQUE, chez les enfants du patronage Rocher, par Pamart, p. 51.
MICROCÉPHALIE. Deux idiots microcéphales, contribution à l'étude de la — pure, par Besta, p. 151. — familiale, par Bourneville, p. 209.
MICROMÉLIES. Les — congénitales. Achondroplasie vraie et dystrophie périostale, par Porak et Durante, p. 217.
MOELLE. Des lésions de la — dans la démence précoce, par Klippel et Lhermite, p. 34. —. Voir *Cellule nerveuse*. Les altérations de la — épinière dans un cas d'acromégalie, par Giovanni-Cagnetto, p. 146. —. Voir *Leptomyélite*. Un cas de compression de la — avec des phénomènes de tétraplégie

spasmodique, par Noica, p. 171 —. Voir *Sclérose*.
MOMMSEN. Quelques détails sur les cerveaux de —, Bunzen et Menze, par von Hansemann, p. 391.
MONGOLISME. Voir *Myxœdème*. —. Voir *Imbécillité*.
MONOPLÉGIE. Voir *Hystérique*.
MORPHINOMANE. Le — escroc, p. 331.
MUTISME. Voir *Hystérique*.
MYASTHENIA GRAVIS. Anasthénie bulbo-spinale terminée par la mort brusque et suivie d'autopsie. Dans l'état actuel de nos connaissances, quelle place doit-on donner, en nosographie à la maladie d'Erb-Goldflam? par Leclerc et Sarvonat, p. 38, 368.
MYOCLONIES. Voir *Syndrome myoclonique*. Une variété nouvelle de — congénitale pouvant être héréditaire et familiale à mystagmus constant, par Lenoble et Aubureau, p. 226.
MYOPATHIE. Deux frères atteints de — primitive progressive, par Noïca, p. 222,
MYSTICISME ET FOLIE, par A. Marie, p. 484 (an. Rolet).
MYXŒDÈME et Mongolisme, par Bourneville, p. 206, p. 329.

NERFS. Nouvelle contribution à l'étude des localisations dans les noyaux des — craniens chez l'homme et chez le chien, par Parhon et Nadyle, p. 30.
NEURASTHÉNIE. Traitement de certains cas de — par le fer, par Lemoine, p. 215.
NEURO-FIBRILLES. La première apparition des — dans les cellules spinales des vertébrés, par Fragnito, p. 146. Sur l'état des — — dans la paralysie générale, par Schaffer, p. 392.
NÉVRALGIES graves, par Grandelément, p. 220.
Névraxe. Le —, par Van Gehuchten, p. 156.
NÉVRITE ascendante, par Lejonne, et Chartier, p. 47. — Arsenicale, par René F.P.Conzène, p. 457.
NUCÉOLE. Voir *Cellule nerveuse*.
NYMPHOMANIE. Sur quelques caractères de certaines formes de —, par Ballet, p. 210.
NYSTAGMUS associé, par Stransky, p. 393.

OLIVO. Le cas —. Meurtre d'une femme sans motifs. Dissection et dispersion des fragments du cadavre. S'agit-il d'un épileptique? par Tamburini, p. 230.
OPHTALMOPLÉGIE externe bilatérale congénitale et héréditaire, par Chaillous et Pagniez, p. 225.

PARALYSIE. Formes atypiques de la — générale (hémiplégique et aphasique). Prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites par épuisement post-épileptique (exhaustion paralysis dans l'épilepsie, par Pierze, p. 41. — générale tuberculeuse, par Klippel, p. 43. Les symptômes oculaires de la — générale, par Rodiet, Dubos et Pansier, p. 99 Rapport du traumatisme et de la — générale, par Brissaud, p. 202. Syndrome associé de — faciale gauche et du spasme facial droit l'origine intra-crânienne, par Brissaud, Sicard et Tanon, p. 214. Sur un cas de — de la 3e paire, par Josserand, p. 219. — du moteur oculaire externe d'origine optique, par Lannois et Perretière, p. 219. — générale, voir *Neuro-fibrilles*. — nerveuses, voir *Fracture*. Un cas de — générale juvénile, par Deroubaix, p. 401. Rapport de M. Motet sur un mémoire de M. A, Marie, intitulé : — générale et syphilis chez les Arabes, p. 403. L'accommodateur dans la — générale, par Marandon de Montyel, p. 404. Sur la — par narcose des nerfs cr. et obt. par Klempner, p. 456.
PARAPLÉGIES. — Nouvelles méthodes de traitement des — spasmodiques par les exercices. Résultat de 40 cas, par Faure, p. 29. — infantile, début insi-

dieux, état stationnaire, puis aggravation, par Bouchaud, p. 219.
PAROLE. Etudes et recherches expérimentales sur la mémoire des images acoustiques et usuelles de la —, par Grassi, p. 141.
PATHOLOGIE MENTALE. Les causes morbides prédisposantes en — —, par Marandon de Montyel, p. 45.
PELLAGRE. Nouvelles recherches sur la — des poules, par Ceni, p. 153. —. Voir *Aspergillus*.
PERSONNEL SECONDAIRE. Martyrologe du — — des asiles, p. 314.
PHOTOTHÉRAPIE. Application de la — au torticolis d'origine fonctionnelle, par Jourowski, p. 29.
PIRIDINE. Voir *Réticulum fibrillaire*.
PIZZOLI. Table psychoscopique de —, par Pizzoli, p. 152.
PLEURER. Voir *Rire*.
POISONS. Les — de l'intelligence. Les coefficients psychiques du brome, par Vaschide, p. 266.
PONCTION LOMBAIRE. La — — en médecine mentale, par Deroubaix, p. 23. —— dans l'état de mal, par Friedel, p. 158. Les — — en série au cours de la paralysie générale, par A. Marie, p. 217.
POULS. Voir *Température*.
PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE progressive, par Ingegnieros, p. 24.
PSEUDO-TUMEUR cérébrale par empyème ventriculaire, par Mocquin, p. 392.
PSYCHOMÉTRIE. Les méthodes de — pédagogique en rapport avec la crainte du surmenage mental à l'école, par Patini, p. 146.
PSYCHOSES. Les lésions cérébrales dans les — d'origine toxique, par Ballet et Laignel-Lavastine, p. 31. — de l'état puerpéral, par Carrier, p. 46. Contribution à l'étude des — d'insolation, par Meignié, p. 231.

QUESTION SEXUELLE. La — exposée aux adultes cultivés, par A. Foul, an. Coulonjou, p. 486.

RAPPORT médico-légal sur l'exercice illégal de la médecine par une voyante, par Paul Magnin, p. 49. — médical sur l'asile départemental d'aliénés de Ste-Catherine à Izeure, par Monestier, p. 231. — médical sur l'asile d'aliénésde la Roche-sur-Yon pour 1905, par Cullerre, p. 316. — médical sur l'asile d'aliénés de Rennes, pour l'année 1905, par Sizaret, p. 323. — médical sur l'asile d'aliénés de la Sarthe pour l'année 1905, par Bourdin, p. 324. — médical et compte-rendu administratif de Dury-les-Amiens, par Charon, p. 407. — sur le service médical de l'asile d'Armentières pour l'année 1905, par Chardon, p. 410.
RECONNAISSANCE. — Deuxième note sur la fausse —, par Féré, p. 155.
RÉFLEXES. Les — dans l'épilepsie, par Lenoble et Aunqreau, p. 226.
RÉFORME PÉNALE au point de vue anthropologique et psychiâtrique, par Hamel, p. 230.
RESPIRATION. Voir *Température*.
RÉTICULUM FIBRILLAIRE. Recherches sur le — — endo-cellulaire et sur le cylindraxe de la cellule nerveuse des vertébrés; les différentes méthodes de coloration élective du — endo-cellulaire et du — périphérique basées sur l'action de la piridine sur le tissu nerveux, par Donaggio, p. 148. Recherches histologiques sur la manière dont s'établissent les rapports réciproques entre les éléments nerveux embryonnaires et sur la formation du — interne de la cellule nerveuse, par Besta. Etude par la méthode de Donaggio des lésions du — neuro-fibrillaire de la cellule nerveuse dans l'inanition expérimentale, par Riva, p. 386.
RHUMATISME. Quelques manifestations cérébrales du — chronique par Lépine, p. 470.

RIRE. Le — et le pleurer spasmodique, par Deroubaix, p. 30.
RŒNTGEN. Sur les conditions légales de l'emploi des rayons de —, par Chauffard, p. 26.
ROTATION CENTRIFUGE. Contribution à la question de l'utilisation de la — — au diagnostic et à la thérapeutique, par Iline, p. 29.

SANG. Le — chez les aliénés, par Dide, p. 105. La toxicité du — chez les aliénés, par Dragotti, p. 145. —. Voir *Choline*. La nature et les caractères des principaux toxiques et antitoxiques naturels du sérum du — des épileptiques, par Ceni, p. 389.
SCAPHANDRIERS. La maladie des — ,par Boinet, p. 388.
SCARLATINE. Voir *Confusion mentale*.
SCLÉROSE latérale amyotrophique, par Kojesvnihoff, p. 48. — en plaques, atrophie cérébelleuse et — pseudo-systématique de la moelle épinière, par Catola, p. 218. — en plaques expérimentale par les toxines aspergillaires, par Ceni et Besta, p. 386. — et hystérie, par Faisans, p. 462.
SCOPOLAMINE. Voir *Anesthésiques*.
SCORBUT. Du — chez les aliénés, par Toulouse et Damaye, p. 132.
SÉRUM. Propirétés thérapeutiques spécifiques du — du sang d'animaux immunisés avec le — d'animaux thyroïdectomisés, par Ceni et Besta, p. 229. —. Voir *Sang*.
SOMMEIL. L'origine du —. Sur les relations entre le — et le fonctionnement de la glande pituitaire, par Alberto Salmon, p. 36. Un nouveau cas de — hystérique, par Witry, p. 52.
SOMNIFORME. Application du — à la pratique de l'hypnotisme, par Viasemski, p. 29.
SOURDS-MUETS. Établissements de — et de jeunes aveugles (circulaire ministérielle, p. 237)
SPASME FACIAL. Origine périphérique du —, par Lévy, p.212.
SPINA BIFIDA OCCULTA; intervention, par Vollas, p. 24.
STHÉNOMÈTRE. De l'emploi d'un nouvel appareil, le —, pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de certaines maladies du système nerveux, par Joire, p. 134, 217.
SUICIDE. Tentative de — d'une adolescente, p. 159. — d'un alcoolique, p. 239. —, p. 240. — d'un jeune homme, p. 331. Recherches statistiques et cliniques sur le — chez les alcooliques, par Lorenzy, p. 400.
SURDITÉ verbale pure, par Lamy, p. 48. —. Voir *Hystérique*.
SUGGESTION. La technique de la — hypnotique à échéance, par Joire, p. 51. — hypnotique, voir *Kleptomanie*. —. Voir *Tic*.
SYNDROME myoclonique, par Huchard et Fiessinger, p. 224. Rapports du — neurasthénique et du — labyrinthique, par Royet, p. 463.

TABÉTIQUES. Physiologie des crises laryngées des —, par Maurice Faure, p. 135.
TACHYCARDIE paroxystique et pouls lents permanent chez le même sujet, par Josserand, p. 469.
TEMPÉRATURE. Les oscillation périodiques mensuelles de le —, du pouls et de la respiration chez les aliénées menstruées et aménorrhéiques, par Salerni, p. 147.
TÉTANOS. Un cas de — céphalique avec opthalmoplégie, par Lépine et Servonat, p. 460.
TIC hystérique, par Pitres et Cruchet, p. 154. Un cas de — de la face guéri par la suggestion, par Mlle YOTEYKO, p. 228. — Douloureux de la face guéri par les injections d'antipyrine, par Grandclément, p. 462.
TORTICOLIS. Voir *Photothérapie*.
TRAC. Quelques nouveaux cas de — chez les exécutants, par Farez, p. 405.
TRAITEMENT de l'épilepsie par déchloruration, p. 158.
TRAUMATISMES. Voir *Troubles*. —. Voir *Paralysie générale*.

TRÉPIDATION. — Epileptoide du pied pendant l'anesthésie, par Lannois et Clément. p. 460.
TROUBLES. Contribution à l'étude des — physiques dans l'état de stupeur, par Soukanoff et Pétroff, p. 39. Sur la manière de faire un examen objectif des — nerveux dans les traumatismes, par Rossi, p. 150. Appréciation des — nerveux au moyen d'un appareil nouveau, le sténomètre, par Joire, p. 217.
TUBE NERVEUX. Les transformations du — —, par Durante, p. 49.
TUBERCULOSE. La — chez les épileptiques hospitalisés par Claude, p. 211. La — dans les asiles d'aliénés, par A. Marie et Rolet, p. 287, 362.
TUMEUR cérébrale. Sur un cas de — à forme psychique, asthénie générale sans paralysie; pas d'œdème de la papille, par Mouisset et Beutter, p. 35. — comprimant la région psychomotrice, par Babinski, p. 48. Deux cas de — du corps calleux avec autopsie, par Raymond, p. 204.

VERGA. Un cas de persistance du ventricule de — rencontré chez un individu à développement général retardé, par Massimo, Cherie-Lignière, p. 150.
VOMISSEMENT. La psychopathologie du —, par Paul Farez, p. 53.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Abundo, 144.
Agenzi, 152.
Aléardo-Salerni, 147.
Amante, 230.
Anglade, 213.
Antheaume, 41, 42.
Aubureau, 226.

Babinski, 48, 222.
Ballet, 31, 210, 221.
Balint, 394.
Barlatier, 46.
Bechterew, 29.
Bérillon, 50, 51, 52, 474.
Bertillon, 51.
Besta, 139, 140, 151, 152, 229, 386.
Beutter, 35.
Bignami, 230.
Blum, 322.
Boinet, 388.
Bonne, 65.
Borri, 230.
Bouchaud, 219.
Boulanger, 403.
Bourdin, 324.
Bourneville, 206, 425.
Bourret, 461.
Brissaud, 48, 202, 213, 214.
Broca, 222.
Bruine (De), 221.
Buck (De), 155, 388, 389.

Cantonnet, 47.
Capgras, 40.
Caracciolo, 150.
Carrier, 46.
Catola, 218.
Ceni, 149, 153, 229, 386, 387, 389.
Chaillous, 225.
Chardon, 410.
Charon, 407.
Charpentier, 42.
Chartier, 47.
Chaufflard, 26
Chaumier, 210.
Chérie-Lignière, 150.
Claude, 211, 213.
Conzen, 457.
Courmont, 459.
Cotte, 34.
Coulonjou, 486.
Crespin, 191.
Crocq, 39.
Crouzon, 230.
Cruchet, 154.
Cullerre, 316.

Damaye, 132.
Damiglou, 475.
Decroly, 401.
Déjerine (Mme(, 48.
Deny, 1, 40.
Deroubaix, 23, 30, 155, 388, 389, 401.
Devay, 24.
Devic, 465.
Dide, 43, 105.
Donaggio, 143, 148.
Dragotti, 145.
Dubar, 337.
Dubos, 90.
Dumollard, 49.
Dupré, 42.
Durante, 49, 217.

Fabre, 49.
Faisans, 462.
Farez, 49, 52, 53, 405.
Faure, 29, 135, 198.
Féré, 155.
Ferrarini, 399.
Fischer, 397.
Fragnito, 146.
Franck, 59.
Fressinger, 224.

Galezowski, 47, 49.
Gaussel, 217.
Gautier, 25.
Giovanni - Cagnetto, 146.
Giuseppe-Bellei, 153.
Goldscheider, 395.
Grand-Clément, 220, 462.
Grassi, 141.
Guido-Garbini, 147.
Guillain, 392.

Hansemann, 391.
Hartenberg, 19.
Herbinet, 222.
Hermant, 403.
Hodskins, 26.
Huchard, 224.

Iline, 29.
Impallomeni, 230.
Ingegniéros, 44.

Jacquin, 213.
Joire, 51, 132, 134, 217.
Josserand, 219, 469.
Joukowski, 29.

Klempner, 456.
Klippel, 34, 41, 43.
Kojesvnikoff, 418.
Kouindjy, 28.
Kummer, 25.

Lache, 389.
Lagriffe, 176.
Laignel - Lavastine, 31.
Lamy, 48, 222.
Lannois, 219, 225, 460.
Launois, 458, 466.
Lerclerc, 38.
Lefas, 195.
Lejonne, 47, 48.
Lemoine, 215.
Lenoble, 226.
Lépine, 460, 468, 470, 471, 472.
Lerri, 111.
Leroy, 124.
Lévy, 212.
Lewèvre, 217.
Lhermite, 34.

Linguerri, 400.
Lorenzi. 400.
Lugiato-Lingi, 141.

Magnin, 49.
Marandon de Montyel, 45, 241, 404.
Margain, 40.
Marie (A.), 217, 287, 362.
Marie (P.), 230.
Masselon, 53.
Massimo, 150.
Meeus, 316.
Meignié, 231.
Mignet, 315.
Mocquin, 392.
Morel, 227, 237.
Morgan, 26.
Motet, 402.
Mouisset, 35.
Munzer, 397.

Nadyle, 30.
Noïca, 170, 222.

Oberthur, 214.
Osterwald, 398.
Ottolenghi, 230.

Pagniez, 225.
Pallasse, 469.
Pamart, 51.
Pansier, 90.
Paoli, 385.
Parhon, 30, 218.
Parrot, 42.
Pascal (Mlle), 134, 202.
Pascal, 41.
Pattini, 145, 146.
Pauly, 462.
Peeters, 315.
Perretière, 219.
Pétroff, 39.
Picard, 48.
Pierce, 41.
Pighini, 142, 385.
Pitres, 154.
Pizzoli, 152.
Porak, 217.

Rabot, 467.
Ravenna, 119.
Raviart, 337.
Raymond, 48, 49, 204, 392.
Régnault, 50, 405, 475.
Rémoud, 176.
Renaud, 110.
Rendu, 161.
Riva, 386, 387.
Roch, 223.
Rocher, 49, 51.
Rodier, 90.
Rolet, 287, 362.
Rosey, 221.
Rossi, 150, 155.
Roucoroni, 150.
Roy, 458.
Royer, 425.
Royet, 463.
Salmon, 36.
Sarvonat, 38, 460.
Schaffer, 392.
Sérieux, 40, 315.
Shimda, 218.
Sicard, 213, 214.
Simonini, 225.
Sizaret, 323.
Soukhanoff, 39, 44.
Stransky, 393.
Straussler, 396.

Tahon, 48.
Tamburini, 230, 236.
Tanon, 213, 214.
Taty, 210.
Tyssier, 463.
Tiengo, 229.
Toulouse, 132.
Trémolières, 225.
Vaclay-Plavec, 457.

Vallas, 24, 34.
Valobra, 156, 391.
Van-Gehuchten, 156.
Van-Hamel, 230.
Vaschide, 266.
Viasemsky, 29.
Voisin (Jules), 50, 51, 161, 404.
Voisin (Roger), 161.
Widal, 458.

Witry, 52.

Yoteyko (Mlle), 218, 228, 417.

Zalplachta, 218

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

NB 844

U. HOLZER
BINDER

3 2044 103 03